



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Marlena Plavšić

**USPOREDBA BIOLOŠKIH I SOCIJALNIH
ČIMBENIKA MENTALNOG ZDRAVLJA
DVIJU GENERACIJA STARIJIH OSOBA**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2012.



University of Zagreb

FACULTY OF PHILOSOPHY

Marlena Plavšić

**COMPARISON OF BIOLOGICAL AND
SOCIAL FACTORS OF MENTAL HEALTH IN
TWO GENERATIONS OF THE ELDERLY**

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2012



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Marlena Plavšić

**USPOREDBA BIOLOŠKIH I SOCIJALNIH
ČIMBENIKA MENTALNOG ZDRAVLJA
DVIJU GENERACIJA STARIJIH OSOBA**

DOKTORSKI RAD

Mentorica:

Prof. dr. sc. Jasminka Despot Lučanin

Zagreb, 2012.



University of Zagreb

FACULTY OF PHILOSOPHY

Marlena Plavšić

**COMPARISON OF BIOLOGICAL AND
SOCIAL FACTORS OF MENTAL HEALTH IN
TWO GENERATIONS OF THE ELDERLY**

DOCTORAL THESIS

Supervisor:

Prof. dr. sc. Jasminka Despot Lučanin

Zagreb, 2012

Ovaj se rad temelji na podacima prikupljenima u Studiji o starijim osobama međunarodne mreže *Tipping the balance*. Moja se zahvala stoga proteže cijelom Europom, a posebno je upućujem domaćim snagama: prof. dr. sc. Luki Kovačiću i Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Sonji Grozić Živolić, prof. i Istarskoj županiji, mr. sc. Danijeli Lazarić Zec, dr. sc. Draženki Vadla i mr. Mariji Mašanović u zavodima za javno zdravstvo Istarske, Križevačko-koprivničke i Dubrovačko-neretvanske županije.

Za držanje smjera, dostupnost, poticanje i ugodnu suradnju dugujem zahvalnost mentorici prof. dr. sc. Jasminki Despot Lučanin. Prof. dr. sc. Neali Ambrosi-Randić zahvaljujem na uvođenju u znanstvene vode, korisnim savjetima i ugodnoj radnoj sredini.

Uz Jelenu, Danijelu, Vedranu i Evelinu, cijeli je poduhvat bio lakši jer su me uključivale u svoje prioritete kada je to i meni bilo prioritetno.

Za perzistentnu podršku, koju uglavnom podrazumijevam, najviše su zaslužni oni s kojima živim. Na tome sam im obilno zahvalna.

1. UVOD

Zdravlje starijih osoba sve je važnija i češća tema suvremene znanosti i prakse. S apsolutnim i relativnim porastom broja starijeg stanovništva povećava se udio kroničnih bolesti, a u porastu je i korištenje zdravstvenih, socijalnih i financijskih resursa za starije osobe (Heinrich i sur., 2008). Mentalno zdravlje i starenje u zadnjih su dva desetljeća sve zastupljeniji i u psihologijskim istraživanjima. Zahvaljujući spomenutim demografskim promjenama, sve je širi spektar tema koje je moguće istraživati u području mentalnog zdravlja starijih osoba. Danas je, više nego ikada ranije, dostupnije proučavati starije osobe različite dobi, dugovječnije osobe, njihove životne navike, zdravlje, društvene uloge koje imaju, sposobnosti, stavove, optimizam, zadovoljstvo itd. Moguće je proučavati povezanosti različitih činitelja, kako bioloških, tako i psiholoških i socijalnih sa svrhom utvrđivanja koji od njih utječu povoljnije, a koji rizičnije na mentalno zdravlje. Potrebu za tim potiče i veća proširenost poremećaja mentalnog zdravlja u ukupnom morbiditetu (Kuzman, 2010).

Svjetska zdravstvena organizacija identificirala je sedam izazova vezanih za stariju populaciju: pomak od zaraznih prema nezaraznim bolestima; povećan rizik za nemoć i nesposobnosti; pružanje skrbi uz održavanje ravnoteže između autonomne brige, neformalne i formalne skrbi; feminizaciju starenja; etiku i nejednakost – dobnu diskriminaciju u dostupnosti medicinskih inovacija; ekonomiju starije populacije; te stvaranje nove paradigme koja gleda na starije ljude kao na aktivne sudionike i doprinositelje u društvu koje je dobno integrirano, ali i kao na korisnike razvoja (Buttanshaw, 1997).

Zahvaljujući demografskoj činjenici da u zadnjim desetljećima ne samo jedna, nego sve više generacija starijih osoba sve dulje žive, moguće ih je uspoređivati te proučavati sličnosti i razlike u mentalnom zdravlju među generacijama, a ne samo unutar jedne generacije.

1.1. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog zdravlja, a ne samo odsutnost bolesti (WHO, 1948). Ova definicija, koja se nije mijenjala od 1948. godine, polazi od pozitivnog koncepta zdravlja i holističke, ekološke perspektive koja zdravlje sagledava kao produkt dinamičke interakcije između pojedinca i njegovog društvenog, biološkog i fizičkog konteksta. Pored tradicionalnih

indikatora zdravstvenog statusa populacije, ovaj pristup pridaje veliku važnost i indikatorima koji su povezani s mentalnim zdravljem, općom kvalitetom društvenog i ekonomskog života, zadovoljstvom, obrazovanjem i kulturnim specifičnostima (Boyden, 1973, 1980) te onima za koje postoji sve više dokaza da utječu na zdravlje preko psihoneuroendokrinih puteva (Coe, 1999; Kiecolt-Glaser i Glaser, 1995; Kiecolt-Glaser, 2009). Takva koncepcija zdravlja uključuje kvalitete pojedinca koje se odnose na otpornost, sposobnost savladavanja teškoća i sposobnost realizacije vlastitih potencijala, ali i složenu mrežu individualnih (bioloških i psiholoških) i kolektivnih (sociokulturnih, ekonomskih i okolinskih) rizičnih i zaštitnih faktora zdravlja (Kirby i Fraser, 1997; Rutter, 2006).

Mentalno zdravlje stanje je općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba zadovoljna je, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve (Petz, 2005). Malo detaljnije i šire, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2001) definira ga kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje vlastite sposobnosti, uspješno se suočava s uobičajenim životnim stresovima, produktivno i učinkovito radi te doprinosi zajednici u kojoj živi. Smatra ga i općim javnim dobrom, osnovnim ljudskim pravom, osnažiteljem socijalne kohezije, socijalnog kapitala i sigurnosti. Nadalje, mentalno je zdravlje bitno i za odgovarajuće obiteljsko i interpersonalno funkcioniranje. Tako shvaćeno, mentalno zdravlje osnova je zdravlja općenito, a kvaliteta mentalnog zdravlja ključ je zdravog života (Kardum, Gračanin, Dankić i Perhat, 2008). Holistički model mentalnog zdravlja općenito uključuje koncepte temeljene na antropološkim, obrazovnim, psihološkim, religijskim i sociološkim pretpostavkama (Kuzman, 2010).

Europska je unija mentalnom zdravlju veći značaj dala 2008. godine kada je pokrenula *European Pact for Mental Health and Well-being* s ciljem promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost, učenje i društvenu koheziju. Jedan od pet prioriteta odnosi se na mentalno zdravlje starijih i obuhvaća: promoviranje aktivnog sudjelovanja starijih osoba u životu zajednice, uključujući njihove fizičke aktivnosti i obrazovne prilike; razvijanje fleksibilnih shema za umirovljenje koje omogućuju starijim ljudima da ostaju dulje raditi; osiguravanje mjera koje promoviraju mentalno zdravlje i dobrobit među starijim osobama koje dobivaju njegu (medicinsku i/ili socijalnu), kako u zajednici, tako i u institucijama; te uvođenje mjera za podršku njegovateljima (European Union, 2008).

Kao i starenje, mentalno je zdravlje multifacetni koncept koji se više odnosi na područje istraživanja i kliničku praksu nego na jedinstveni teorijski pojam (Lebowitz i Niederehe, 1992). Multifacetnost nekog koncepta za sobom povlači poteškoću definiranja, mjerenja i određivanja kriterija. S jedne se strane govori o pozitivnim obilježjima mentalnog zdravlja (što ono obuhvaća), a s druge strane o negativnim obilježjima mentalnog zdravlja - kroz odsustvo elemenata zdravlja, odnosno kroz prisutnost mentalnih poremećaja. U pozitivna obilježja mentalnog zdravlja ubrajaju se varijable kao što su: optimizam, energičnost, vitalnost, dobro socijalno funkcioniranje, dobro kognitivno funkcioniranje, visoko samopoštovanje, zadovoljstvo životom,... Sve ove varijable ujedno međusobno pozitivno koreliraju, a tako koreliraju i s fizičkim zdravljem. S druge strane, mentalni poremećaji odnose se na stanja koja obilježavaju promjene u mišljenju, raspoloženju i ponašanju, koje su povezane s tjeskobom ili narušenom funkcionalnošću i predstavljaju, osim osobnog, obiteljski i javnozdravstveni problem (Kardum i sur., 2008). Kao najčešća se obilježja u ovom slučaju navode depresivnost, anksioznost, pesimizam, nezadovoljstvo životom,... Uslijed ovako velikog broja i raznovrsnosti varijabli i koncepata mentalnog zdravlja, nejednoznačnost se nastavlja i u istraživanjima, vezano za to koje varijable predstavljaju mentalno zdravlje, koji su prediktori, odnosno čimbenici mentalnog zdravlja. Naime, istraživati se mogu, primjerice optimizam i subjektivna kvaliteta življenja ili zadovoljstvo životom, kao indikatori mentalnog zdravlja, dok depresivnost i anksioznost mogu biti ispitivane kao prediktori. S druge pak strane, mogu se istraživati depresivnost i anksioznost – koje predstavljaju poteškoće mentalnog zdravlja kojima se kao prediktori mogu odrediti druge varijable, npr. dob, spol, ili funkcionalne sposobnosti.

1.1.1. Pozitivna obilježja mentalnog zdravlja

Iako se puno više istražuju negativni aspekti i puno je više podataka o njima, u zadnje se vrijeme sve više počinju istraživati pozitivni aspekti mentalnog zdravlja u starijih osoba. Do prije dvadesetak godina, pod naslovom „Mentalno zdravlje starijih osoba“, u literaturi su se isključivo nalazile teme vezane za poremećaje (npr. u Perlmutter i Hall, 1992). Razlog tome je zasigurno to što se zajednica više treba angažirati kada je nekome loše, pa je potrebno pružiti usluge zdravstvene i socijalne skrbi. Kada je nekome dobro, to ne iziskuje takve intervencije. Stoga su istraživanja i usmjerena u proučavanje morbiditeta kako bi se mogle planirati intervencije. Međutim, ljudi žele mentalno zdravlje kao svoje pravo, a ne samo kao olakšanje neke patnje (Seligman, 2008). Osim toga, proučavanje dobrobiti i pozitivnih

obilježja mentalnog zdravlja može pomoći u preveniranju pojave mentalnih poremećaja. U novije je vrijeme sve više istraživanja pozitivnih obilježja mentalnog zdravlja i njihove povezanosti sa zaštitnim čimbenicima.

Zadovoljstvo životom jedna je od najčešćih mjera mentalnog zdravlja. Njega se definira kao kognitivnu evaluaciju komponente subjektivnog osjećaja dobrobiti. Ta se kognitivna komponenta razlikuje od emocionalne komponente iako se radi o mjerama koje su često povezane (Berg, Hassing, McClearn i Johansson, 2010). Istraživanja pokazuju da je, primjerice, zadovoljstvo životom najveće u osoba starijih od 65 godina (Clarke, 2007; Kardum i sur., 2008). Nadalje, mnoga istraživanja pokazuju da *emocije ugodnog hedonističkog tona* rastu s dobi, malo ali konzistentno. Istodobno, smanjuje se udio emocija neugodnog hedonističkog tona koje svoj vrhunac dostižu u ranoj odrasloj dobi, a zatim se smanjuju do 60-ih godina i ostaju na jednakoj razini (Davis, Zautra, Johnson, Murray i Okvat, 2007). Na primjer, kada se stare ljude pita koliko su *sretni*, rezultati su pomaknuti u pozitivnom smjeru i pokazuju da je gotovo dvije trećine ispitanih osoba sretna veći dio godine. No tu se mogu uočiti razlike u dobi – najmlađe starije osobe procjenjuju da su više vremena sretna, a s dobi taj postotak opada (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Isti trend nalazi se i u ocjeni *kvalitete življenja* – oko tri četvrtine osoba u dobi 65-69 godina ocjenjuje je vrlo visokom, dok u starijoj dobi taj udio pada na polovinu ili trećinu (Bowling, 2005). Sretni ljudi žive duže, vjerojatno jer osjećaj sreće štiti fizičko zdravlje (Veenhoven, 2009).

Činjenica da neka istraživanja nalaze visoku kvalitetu življenja kod starijih, visoko zadovoljstvo životom i bolju psihološku dobrobit nego kod mlađih odraslih osoba, nazvana je *paradoksom starije dobi* i interpretira se u terminima prilagodbe ili stabilnosti zadovoljstva životom kroz život (Dragomirecká i sur., 2008). Svjesno ili ne, većina se ljudi starije dobi prilagodi, bilo opadajućim stanjima, bilo u svojem odnosu prema zdravstvenim, socioekonomskim ili drugim faktorima jer se žele osjećati sami sa sobom što je moguće bolje (Bowling, 2005).

1.1.2. Negativna obilježja mentalnog zdravlja

Mentalni se poremećaji javljaju u svim kulturama i dobnim skupinama, njihovo je liječenje skupo i uzrokuju preranu smrtnost (Kardum i sur., 2008). Osobe s mentalnim poremećajima socijalno su izolirane i imaju lošiju kvalitetu života, češće su izložene kršenju ljudskih prava, stigmatiziranju i diskriminaciji. Mentalno je zdravlje usko povezano s

tjelesnim zdravljem, a mentalni poremećaji često dovode i do lošijeg ishoda pri liječenju tjelesnih bolesti. Nadalje, mentalni poremećaji negativno utječu na radnu sposobnost oboljelih i osoba koje se o njima brinu, na njihovu produktivnost i prihode, pa tako i na ekonomiju društva u cjelini (European Union, 2008; Kardum i sur., 2008).

U mentalne poremećaje osoba starije dobi ubrajaju se svi psihički poremećaji koji se javljaju u odrasloj dobi, te su se najvjerojatnije javili i ranije, prije starije dobi, uz organske moždane poremećaje - demenciju i delirij (Davison i Neale, 1999; Forsell, 2000). Otprilike 5% osoba starijih od 65 godina ima *demenciju* – gubitak intelektualnih funkcija i sposobnosti, bilo uzrokovanu izravnim oštećenjem mozga (cerebrovaskularne demencije, Alzheimerova demencija), bilo uzrokovanu nekom drugom bolešću ili stanjem koji ne napadaju mozak izravno (npr. AIDS, depresija, upala pluća) (Davison i Neale, 1999; Perlmutter i Hall, 1992). *Delirij* predstavlja konfuzno stanje u kojem osoba ima velikih teškoća u koncentraciji, održavanju pažnje i ne može zadržati suvisli tok misli. Uzrokuje ga najčešće trovanje lijekovima, ali i metabolička i prehrambena neravnoteža, neurološki poremećaji, infekcije, stres. Delirij vodi većim stopama smrtnosti nego demencija, a stariji su ljudi osjetljiviji nego mlađi (Davison i Neale, 1999).

Mentalne bolesti u porastu su u Europskoj uniji i u Hrvatskoj. Procjenjuje se da 11% populacije u zemljama Europske unije ima mentalne poremećaje. *Depresija* je najprisutniji zdravstveni problem u mnogim državama EU. *Suicida* ima oko 58.000 godišnje, od kojih tri četvrtine učine muškarci (European Union, 2008). Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje 2011.-2016. (2010) navodi podatke za 2008. godinu koji pokazuju da u ukupnom bolničkom morbiditetu mentalni poremećaji u Hrvatskoj sudjeluju sa 6-7%, a s 22% predstavljaju i vodeću skupinu bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. U istoj godini stopa samoubojstava iznosi 15/100.000, a iako u opadajućem trendu, i dalje je viša od prosjeka zemalja Europske unije (10/100.000). Stope su kod muškaraca trostruko više nego kod žena, a kod oba spola značajno rastu s dobi. Za starije osobe uobičajenije je da rjeđe priopćavaju svoje namjere da izvrše samoubojstvo i da čine manje pokušaja, no kad pokušaju, češće se uspijevaju ubiti. No statistički podaci vrlo vjerojatno potcjenjuju situaciju kod starijih osoba jer stariji ljudi imaju puno više prilika odustati od života, npr. zanemarivanjem uzimanja lijekova ili pravilne prehrane (Davison i Neale, 1999). Štoviše, Butler i Lewis (1982, prema Davison i Neale, 1999) tvrde da je samoubojstvo starijih racionalna ili filozofska odluka češće nego ona mlađih ljudi.

Kriteriji DSM-a (Američka psihijatrijska asocijacija, 1996) u osnovi su isti za starije i mlađe odrasle osobe. Pretpostavlja se da su priroda i očitovanje poremećaja isti, no to ne mora biti slučaj (Davison i Neale, 1999).

Depresivnost i anksioznost, bilo kroz simptome, bilo kroz poremećaje, pojavljuju se češće od ostalih simptoma i poremećaja i to u svim životnim razdobljima (Davison i Neale, 1999).

1.1.2.1. Depresivnost i anksioznost

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti. Depresivnost se manifestira kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa i anhedoniju, umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Na tjelesnom planu ove promjene prati poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Depresivnost je kontinuum. Depresivni simptomi javljaju se tijekom života većine ljudi nakon određenih stresnih situacija, pogotovo gubitaka. Ako je takvo stanje povremeno i prolazno, tada je riječ o normalnoj žalosti. Međutim, ukoliko se radi o stanju tuge i neraspoloženja koji su intenzivni i ometaju funkcioniranje, bilo kognitivno, bihevioralno ili emocionalno, tada se govori o depresiji. Ona može trajati dugo, a može se stalno vraćati (Vulić-Prtorić, 2004). Depresija može rezultirati opadanjem kognitivnih i bihevioralnih kompetencija, smanjenom motivacijom, povećanim negativnim afektom i narušenim biološkom funkcioniranjem, čime doprinosi daljnjem zdravstvenom pogoršanju (Wrosch, Schulz, i Heckhausen, 2004).

Da bi se depresija dijagnosticirala kao mentalni poremećaj, ona treba udovoljavati definiranim obilježjima, opisanim, primjerice, u *Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, DSM-u IV* (Američka psihijatrijska asocijacija, 1996). U njemu se nalazi podjela depresije na nekoliko oblika: veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj, bipolarni poremećaj I i II, te ciklotimični poremećaj – kao primarni poremećaji raspoloženja. Vrste poremećaja određuju se na temelju trajanja i broja simptoma.

Istraživanja o povezanosti dobi i depresije ne pokazuju konzistentne rezultate. U istraživanju koje je kombiniralo transverzalni i osmogodišnji longitudinalni nacrt procjena depresivnih tendencija osoba dobi 54-77 godina, razvojni obrasci sugeriraju dvije faze: relativnu stabilnost koja se proteže do otprilike 70 godina i nakon toga porast depresivnih tendencija (Rothermund i Brandtstädter, 2003). Hawthorne, Goldney i Taylor (2008) sumiraju velik broj transverzalnih studija u trajanju od šest godina u kojima je bilo više od 3000

sudionika u svakoj točki mjerenja. Rezultati ne pokazuju značajniji porast u depresivnosti. Drugi značajan nalaz je da veliki depresivni poremećaj i ostale depresije opadaju sa starenjem te da kohortu s najvišim stupnjem velike depresije predstavljaju žene u dobi od 15 do 29 godina. Općenito su unipolarne depresije češće u starijih osoba nego bipolarne, odnosno vjeruje se da je početak bipolarne depresije nakon 65. godine rijedak (Davison i Neale, 1999). Za Veliku Britaniju podaci za depresiju kod starijih osoba variraju od 7.7% do 17%, a za Nizozemce 15.4% (Paul, Ayis, i Ebrahim, 2006). Čini se da niska prevalencija depresije u starijoj dobi, koja je dobivena u mnogim istraživanjima, ipak ne predstavlja pogrešno pripisivanje depresivnih simptoma fizičkim poremećajima (Byrne i Pachana, 2010).

Iako po vrsti simptoma depresije nema razlike među mlađim i starijim odraslim osobama, nađene su razlike u intenzitetu zastupljenosti tih simptoma s obzirom na dob. Tako su Small, Komanduri, Gitlin i Jarvik (1986), usporedivši simptome depresije kod mlađih i starijih osoba, pronašli da su se osjećaji krivnje javljali rjeđe i manje intenzivno u starijih. U starijih su bile češće i pritužbe na slabije pamćenje, iako ne i nužno stvarni problemi pamćenja (Kahn, Zarit, Hilbert i Niederehe, 1975; O'Connor, Pollitt, Roth, Brook i Reiss, 1990).

Spolne razlike u depresiji dobro su poznate, ali ta povezanost kod starijih može postati manje jaka. Primjerice, više bodova na depresivnosti imaju žene od 50 do 60 godina, ali ne i s 80. Muškarci pokazuju rast depresivnih simptoma od 60 do 80 godina, ali ne i žene (Paul i sur., 2006).

Istraživanja konzistentno pokazuju da je depresija povezana s oštećenim imunskim odgovorima u starijih osoba (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles i Glaser, 2002), te da u tom smislu predstavlja rizični faktor za zdravlje (npr. za infarkt miokarda, osteoporozu, pad u fizičkom funkcioniranju), odnosno da može biti jedan od dosljednijih prediktora smrti (Engedal, 1996; Van den Brink i sur., 2005). Iako je dobro potvrđeno da demencija vodi depresiji, sve je više potvrde i za to da depresija vodi kognitivnom padu i demenciji (Byrne i Pachana, 2010). No već su i blaži simptomi depresije povezani sa slabijom kvalitetom življenja (Kirchengast i Haslinger, 2009) i mogu biti povezani sa slabljenjem imunskog sustava kod starijih osoba, a ti učinci sve su jači s dobi (Lutgendorf i Costanzo, 2003).

Anksioznost je neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni i napetosti (Petz, 2005). Anksiozna osoba osjeća nemir, bilo u kognitivnom, bilo u emocionalnom funkcioniranju, a to se može manifestirati i u ponašanju. I na anksioznost se gleda kao na kontinuum. Svakoj se osobi u životu dogode situacije koje doživljava s uznemirenošću, koje napeto iščekuje i koje je plaše.

Međutim, to je prolazno i veže se uz jasnu situaciju. No kada se radi o nemogućnosti identificiranja razloga za tjeskobu ili strah, kada su ta tjeskoba, strepnja ili strah ometajući za uobičajeno funkcioniranje, radi se o poremećaju. Prema *DSM-u IV* (Američka psihijatrijska asocijacija, 1996) anksiozni se poremećaji dijele na: fobije, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj te akutni stresni poremećaj.

Za razliku od depresivnosti, općenito se o anksioznost u starijih osoba manje zna i manje je rezultata istraživanja (Byrne i Pachana, 2010). Anksioznost vezana uz stariju dob može imati neke svoje specifičnosti, npr. strah od padova, koji se češće javlja u starijoj dobi (Bryant i sur., 2008, prema Van der Weele, Gussekloo, De Waal, De Craen i Van der Mast, 2009), premda se općenito bitno ne razlikuje od anksioznosti u mladoj dobi (Schaub i Linden, 2000). Nadalje, anksioznost je povezana s gubicima pamćenja i neodvojiva je od njih te je njezina prisutnost snažan prediktor za buduće kognitivno opadanje, bilo izravno, bilo neizravno - preko depresije. Čini se da je gubitak pamćenja početni problem na koji se anksioznost nastavlja (Sinoff i Werner, 2003). U Berlinskoj studiji starenja prevalencija anksioznosti u osoba starijih od 70 godina, podijeljenih u mlađe (70-84 god.) i starije (85-103 god.) iznosi 4.5%. U mladoj je dobi iznosila 4.3%, a u starijoj 2.3%. Spolne razlike pokazale su prisutnost od 2.9% u muškaraca i 4.7% u žena. Neovisno o nozološkoj razini, 52.3% osoba izvijestilo je o jednom ili više simptoma anksioznosti. Osobe koje žive same pokazuju više anksioznosti fobičnog tipa. Anksiozni poremećaji kod starih i vrlo starih osoba rjeđi su nego drugi psihijatrijski poremećaji u starijoj dobi i ne rastu s dobi. Doprinos anksioznih poremećaja spektru mentalnih poremećaja smanjuje se s dobi, dok su istodobno simptomi vezani za anksioznost svakodnevna pojava (Schaub i Linden, 2000).

Iako se depresija javlja oko četiri puta češće nego anksioznost u starijih osoba, ponekad se oba ova poremećaja javljaju i zajedno, u *komorbiditetu*. Rezultati istraživanja upućuju na specifične aspekte komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti grupirane u četiri osnovna oblika (Vulić-Prtorić, 2004):

1. Anksioznost i depresivnost nalaze se na jednom kontinuumu na kojem stanje anksioznosti prethodi stanju depresivnosti, ili pak stanje depresivnosti prethodi stanju anksioznosti.
2. Anksioznost i depresivnost odvojeni su konstrukti, a visoka povezanost među njima nastaje zbog zajedničkih uzroka koji leže u osnovi (utjecaji istog emocionalnog tona).
3. Anksioznost i depresivnost dio su jednog složenijeg zajedničkog konstrukta koji je u dijagnostičkom sustavu razdijeljen na umjetan način.

4. Visoka povezanost između anksioznosti i depresivnosti rezultat je metodoloških nedostataka skala samoprocjene anksioznosti i depresivnosti koje imaju slabu konstruktnu i diskriminativnu valjanost.

Iako je u istraživanjima utvrđena povezanost između rezultata na skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004), rezultati potvrđuju da su ipak anksioznost i depresivnost dva odvojena, jasno prepoznatljiva konstrukta, među kojima postoji umjerena korelacija i koji tako predstavljaju dvije komponente jednog faktora višeg reda („negativni afektivitet“) (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004).

Podaci o prevalenciji komorbidnosti depresije i anksioznosti kod starijih osoba variraju od 2% do 9.5% (Van der Weele i sur., 2009). No odnos je složen. Obično je u takvim slučajevima znatnije narušen funkcionalni status i kvaliteta življenja te je prisutnija usamljenost (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker i van Tilburg, 2003; Van der Weele i sur., 2009). Anksioznost je obično prediktor depresije (Schoevers i sur., 2003) i može biti dio fenomenologije depresivnosti u starijoj dobi bez negativnog doprinosa na funkcionalni status i mortalitet. Dakle, anksioznost sama po sebi ne vodi lošijem funkcionalnom statusu i povećanom mortalitetu, nego to čini u interakciji s depresijom (Schoevers i sur., 2003; Van der Weele i sur., 2009). No postoje i dokazi za suprotnu povezanost depresije i anksioznosti: anksioznost može imati zaštitni efekt na mortalitet kod depresivnih starijih osoba. Naime, pacijenti s nefobičnom anksioznošću češće posjećuju liječnike i spremniji su ići na dodatne pretrage, primjerice na koronarnu angiografiju, čak i kada imaju manje ozbiljnu koronarnu bolest. To, pak, može olakšati ranije dijagnosticiranje i početak tretmana te spriječiti efekt depresije (Holwerda, Schoevers, Dekker, Jonker i Beekman, 2007). S druge strane, panični poremećaj povećan je s više suicidalnih ideja i pokušaja. On predstavlja rizik za pokušaj suicida otprilike jednak onome u velikoj depresiji (Johnson, Weissman i Klerman, 1990). Štoviše, potvrđena je i povezanost između paničnog poremećaja i kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih incidenata (Weissman, Markowitz, Ouellette, Greenwald i Kahn, 1990).

1.1.3. Pristupi istraživanja zdravlja

U okviru tradicionalnog *biomedicinskog modela* zdravlje se definira negativno – kao odsutnost bolesti i povreda, ili u javnom zdravstvu, kao normativna prosudba s obzirom na prosječno zdravstveno stanje većine ljudi. Ovaj model zdravlja promatra pojedinca kao zbroj

različitih dijelova, usredotočen je na bolest i liječenje bolesti, na individualno fiziološko odstupanje od normalnog i na redukcionističku klasifikaciju bolesti. On se oslanja na medicinske činjenice dobivene rigoroznim i objektivnim znanstvenim istraživanjima, ali ne može objasniti npr. različite stope morbiditeta i mortaliteta između pojedinih društvenih skupina, niti može biti temeljem uspješne prevencije (Gillespie i Gerhardt, 1995).

Iz biomedicinske perspektive ljudi su zdravi ako su neozlijeđeni ili bez bolesti. Međutim i osoba s rizičnim faktorima za obolijevanje može se smatrati nezdravom. Biomedicinski model je binarni model: zdravlje – bolest, no mnogi se zdravstveni problemi i stanja raspoređuju po kontinuumu. Mijenjanje praga može, primjerice, mijenjati broj ljudi koji se smatraju bolesnima (npr. iako je oko 5% ljudi u općoj medicinskoj praksi dijagnosticirano depresivnima, više od 25% ih ima subsindromsku depresiju). Osim toga, koncept zdravlja implicitno uključuje i vremensku dimenziju. Trenutačna dobrobit ili pak bolest treba se razmatrati s perspektivom u budućnosti. Npr. osoba inficirana HIV-om može biti zdrava danas, ali u budućnosti postoji veliki rizik za bolest. Nemogućnost odvajanja trenutačnog zdravstvenog stanja od prognoze je glavna konceptijska prepreka definiranju zdravlja (Institute of Medicine, 2001).

Alternativni model tradicionalnom biomedicinskom modelu je *model ishoda* (eng. *outcomes model*) koji naglašava ishode za pacijenta, prije nego patologiju bolesti. Biomedicinski model usmjeren je na nalaženje specifičnih bioloških problema, a model ishoda usmjeren je na ishode iz perspektive pacijenta. Uspješno liječenje poboljšava kvalitetu življenja ili produljenje životnog vijeka. To se može značajno razlikovati od onoga što se obično smatra uspješnim liječenjem, s biomedicinskog stajališta. Procjena ishoda korisna je za utvrđivanje jesu li simptomi prestali. Brojna istraživanja dokazuju da mjerenje zadovoljstva zdravljem predstavlja značajne prediktore dugovječnosti kod kronično oboljelih pacijenata. Jednostavne samoprocjene zdravstvenog statusa u najmanju ruku jednako su korisne kao i fiziološki indikatori (Institute of Medicine, 2001).

U zadnjih nekoliko desetljeća međunarodni programi koji se tiču zdravlja obično osciliraju između dvije skupine pristupa. Jedna skupina odnosi se na usko definirane medicinske i javnozdravstvene intervencije koje se oslanjaju na tehnologiju, a druga poima zdravlje kao socijalnu pojavu koja zahtijeva složene međusektorske akcije ponekad povezane i s pitanjima socijalne pravde u širem smislu (Solar i Irwin, 2007).

Dugo je u znanstvenim istraživanjima zdravlja dominirao pristup traženja *jednog* uzroka *jedne* bolesti, primjerice traženje bakterije koja uzrokuje neku infekciju (Institute od

Medicine, 2001). No niz je studija stavio u pitanje dominantnu biomedicinsku paradigmu i osporavao ideju da bolja medicinska skrb, sama po sebi, može doprinijeti većim dobicima u populacijskom zdravlju, naglašavajući važnu ulogu društvenih činitelja (Colgrove, 2002). U suvremenoj socijalnoj epidemiologiji prevladavaju modeli koji raspodjelu bolesti povezuju sa socijalnim, ekonomskim i političkim mehanizmima koji utječu na socioekonomsku stratifikaciju stanovništva, a ona preko raznih korelata zdravstvenog stanja, uključujući i psihološke varijable, ima utjecaj na izloženost i osjetljivost ljudi na rizične čimbenike zdravlja (WHO, 2007).

1.1.3.1. Biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja

Prevladavanje kroničnih bolesti nad akutnima, kao najvažnija promjena u zdravlju i pobolijevanju suvremene populacije ljudi, olakšalo je prepoznavanje socijalnih i psiholoških utjecaja na zdravlje ljudi, što se odrazilo u prihvaćanju biopsihosocijalnog modela tumačenja zdravlja i bolesti (Despot Lučanin, 2008). Tomu je pridonio i pomak u liječenju psihičkih bolesti i poremećaja. Naime, uvođenje psihofarmaka i drugih psihoaktivnih lijekova dovelo je do spoznaje da i uz poboljšanja koja donose ti lijekovi postoji velik broj ponašajnih i društvenih čimbenika koji djeluju, kako na nastanak psihičkih bolesti i poremećaja, tako i na rezultate liječenja i održavanje zdravlja nakon liječenja. Posebnu je ulogu u tome imao pojam stresa i stresora (Božičević, 2010).

Svaka osoba pod utjecajem je obitelji, socijalnih mreža, organizacija u kojima (su)djeluje, zajednica čiji je član, društva u kojem živi, ali ona također utječe na sve to. Intervencije za poboljšanje zdravlja mogu se, shodno tome, dogoditi bilo gdje te u međusobnoj interakciji. Budući da se zdravlje ne definira samo u biološkim terminima, nego kao funkcija različitih varijabli, mnoge intervencije, tradicionalno u medicini smatrane nevažnima, zapravo postaju vrlo važne za zdravstveni status pojedinaca i populacije (Institute of Medicine, 2001).

Modeli koji povezuju socijalne i psihološke s biološkim čimbenicima imaju svoje ishodište u *biopsihosocijalnom modelu bolesti i zdravlja* (Engel, 1977). Pojava biopsihosocijalnog modela predstavlja se kao progresivna reakcija na bioredukcionizam tradicionalne psihijatrije. Iako ga je formalno prikazao liječnik i psihoanalitičar George Engel 1977. godine, korijeni ovog modela mogu se pratiti do niza teorijskih utjecaja u psihijatriji, biologiji i sociologiji (Pilgrim, Kinderman i Tai, 2008).

U biopsihosocijalnom modelu sve ove tri skupine činitelja – biološki, psihološki i socijalni, imaju značenje u određivanju zdravlja i bolesti, a procesi na makrorazini (npr. postojanje socijalne podrške) i procesi na mikrorazini (npr. hormonalna neravnoteža) kroz međusobnu interakciju dovode do stanja zdravlja i/ili bolesti (Tkalčić, 1998).

Ukratko, genetski čimbenici, u kombinaciji s okolinskim faktorima (npr. životni gubici, izlaganje infekciji i sl.) mogu utjecati na psihosocijalni razvoj osobe u smislu njezine osjetljivosti na životne stresore ili psihološka stanja i vještine suočavanja, kao i na podložnost nekim disfunkcijama. Prema tome, biološki i psihosocijalni čimbenici istodobno određuju bolest, ali i bolest povratno utječe na njih. Primjerice, kronična je bolest sama po sebi stresna, pa i to negativno utječe na psihološki status i može dovesti do depresije (Drossman i Ringel, 2004 i Drossman, 2005a, prema Tkalčić i Hauser, 2009).

Pretpostavlja se da psihološki i socijalni faktori utječu na procese bolesti preko dva glavna mehanizma: psihosocijalnih procesa i zdravstvenih ponašanja. Psihosocijalni procesi uključuju faktore koji utječu na interpretaciju i odgovore na životne događaje i stresore, kao što su mentalno zdravlje i raspoloženje, obilježja ličnosti i resursi, kao npr. socijalni. Zdravstvena ponašanja, kao npr. vježbanje, prehrana i pušenje služe kao neizravni putevi preko kojih psihosocijalni procesi mogu utjecati na zdravlje (Kiecolt-Glaser i sur., 2002).

Među psihosocijalne procese i zdravstvena ponašanja ubrajaju se faktori za koje se smatra da služe kao resursi koji povećavaju otpornost (npr. socijalna podrška, vježbanje) i faktori za koje se smatra da povećavaju osjetljivost (npr. depresivnost, pušenje cigareta). Ti faktori mogu biti akutni (npr. trenutni nedostatak spavanja zbog hvatanja nekog poslovnog roka) ili kronični (npr. njegovanje kronično bolesnog roditelja). Prema biopsihosocijalnom modelu ovi faktori u interakciji s biološkim karakteristikama (npr. genetskom konstitucijom) mogu stvoriti veću podložnost prema bolestima. Štoviše, prema ovom modelu, genetska predispozicija za razvijanje bolesti (dijateza) može ostati latentna dok se ne pojavi neki stresni događaj koji će omogućiti da se bolest manifestira. Interakcija između psihosocijalnih procesa, bioloških faktora i zdravstvenih ponašanja vodi podložnosti (ili suprotno - otpornosti) prema bolesti, početku bolesti i simptomima, napredovanju, pogoršanju, oporavku s pratećom kvalitetom življenja preko procesa koji uključuju neuroendokrine i imunosne mehanizme. Učinci životnih stresova filtrirani su kroz psihosocijalne procese i zdravstvena ponašanja u svojem utjecaju na periferne mehanizme. Intervencije zdravstvene psihologije mogu modulirati učinke psihosocijalnih procesa i zdravstvenog ponašanja na neuroendokrine i imunosne mehanizme te na ishode zdravlja. Psihosocijalni procesi uključuju psihološke i socijalne faktore, pogotovo one koji uključuju interpretaciju i odgovore na životne stresore.

Oni uključuju varijable ličnosti (npr. optimizam i hostilnost), mentalno zdravlje i raspoloženje (npr. depresivnost i anksioznost), mehanizme suočavanja, socijalnu podršku, duhovnost i osjećaj smisla. Zdravstvena ponašanja uključuju konzumiranje droga, alkohola, pušenje, spavanje, prehranu, vježbanje, pridržavanje medicinskih tretmana, rizično seksualno ponašanje itd. Intervencije zdravstvene psihologije mogu se koristiti da bi se promijenili psihosocijalni procesi (npr. smanjila depresivnost, povećalo suočavanje) ili poboljšala zdravstvena ponašanja (npr. prestalo pušenje) kako bi se omogućio pozitivniji utjecaj na neuroendokrine i imunostne faktore i možda usporio tijek bolesti ili pogoršanje. Intervencije uključuju kognitivno-bihevioralno upravljanje stresom, relaksaciju, meditaciju, emocionalno otvaranje, vježbanje, psihoterapiju, jogu, masaže, itd. Ove intervencije mogu biti primijenjene u bilo kojem trenutku tijekom bolesti. Mehanizmi uključeni u dvosmjerne interakcije između neuroendokrinih i imunostnih osi koje posreduju odnose između biobihevioralnih faktora i ishoda bolesti, najčešće opisani u literaturi, jesu: hipotalamičko-hipofizno-adrenalna os, simpatičko-adreno-medularna os, hormoni: adrenokortikotropni hormon, kortizol, oksitocin, dopamin, serotonin, testosteron, estrogen, adrenalin, noradrenalin, hormon rasta (neuroendokrini mehanizmi), te urođene stanice ubojice, interleukini, citotoksični limfociti, makrofagi, antitijela, faktor rasta tumora (imunostni mehanizmi). Kad se podložnost bolesti jednom dogodi, kontinuirana interakcija s pozitivnim ili negativnim psihosocijalnim faktorima (npr. depresija/socijalna podrška), faktori bolesti, zdravstvena ponašanja i stres doprinjet će pojavi ili nedostatku simptoma bolesti, intervalima bez bolesti ili pogoršanju bolesti te kvaliteti življenja (npr. funkcionalna, fizička, emocionalna i socijalna dobrobit) i preživljavanju (Lutgendorf i Costanzo, 2003).

Tijekom starenja dolazi do slabljenja imunostnog sustava, pa interakcije u ovom modelu mogu biti osobito važne za zdravlje i dobrobit starijih osoba. Sa starenjem uobičajeno dolazi do promjena u imunokompetenciji, što uključuje slabljenje u slanju signala i regulatornim sposobnostima T stanica, slabije odgovore limfocita na mitogene i citokine te ometanje u regulaciji B stanica, što rezultira povećanim razinama auto-antitijela i smanjenom proizvodnjom antitijela na vanjske antigene (Guidi i sur., 1998). Razne promjene u imunostnom sustavu mogu biti važne u podložnosti na bolesti i preživljavanju. Starenje je povezano i s promjenama u funkcioniranju i reguliranju hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osi koje vode do smanjenja reakcije osi na akutni stres i do sporijeg neuroendokrinog oporavka od stresa (Sapolsky, Krey i McEwen, 1986). Posljedica tih promjena može biti zadržavanje hormona stresa dugo nakon što je stresor prestao, što produžava njegove moguće imunomodulirajuće učinke. Nadalje, postoje znatne razlike u promjenama imunostnog sustava

sa starenjem. Posebice je proučavano imunosno stanje starijih osoba koje njeguju kronično bolesne članove obitelji (npr. s Alzheimerovom demencijom), pri čemu je utvrđeno slabljenje imunosnog sustava (Lutgendorf i Costanzo, 2003). No u starijoj su dobi moguće i dobre promjene koje ovaj model podržava. Istraživanja neuroplastičnosti pokazuju da, osim što mozak odrasle osobe može stvarati nove živčane veze, on može stvarati i nove živčane stanice kao odgovor na učenje ili trening i u starijoj dobi (Garland i Howard, 2009).

Prednosti biopsihosocijalnog modela za rad s nizom somatskih tegoba do sada su dokazane, između ostalih, u sljedećim područjima: debljanje, promijenjen metabolizam i dijabetes (Yamada i Palafox, 2001), bol u križima (O'Sullivan, Smith, Beales i Straker, 2011; Truchon, 2001), infekcije (Kiecolt-Glaser i sur., 2002), ozljede kralježnice (Mathew, Ravichandran, May i Morsley, 2001). Nadalje, biopsihosocijalni model upotrebljava se za objašnjavanje poremećaja hranjenja (Ricciardelli i McCabe, 2004; Rogers i Smit, 2000) i procjenu funkcionalnih sposobnosti starijih osoba (Hardy, McGurl, Stephanie, Studenski i Degenholtz, 2010). Pilgrim i sur. (2008) navode i druga istraživanja u područjima: generalizirane boli, reumatoidnog artritisa, boli kod pacijenata s AIDS-om i gastrointestinalnih bolesti, bolesti ovisnosti, sindroma kroničnog umora, depresije, shizofrenije i poremećaja ophođenja.

Iako ovaj model nije nov, praćenja i istraživanja pokazuju da se primjenjuje, ali njegova potpuna primjena, bilo u dijagnostičke, bilo u tretmanske svrhe, reducirana je na račun biomedicinskog modela (Biderman, Yeheskel i Herman, 2005; Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2009; Mauksch, 2005).

1.1.3.1.1. Biološki čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba

Dob

Najočiglednija značajka starije osobe je – da je stara i ta je značajka ona kojoj se pripisuju bilo kakva stanja. Tako će se i ćudljivost pripisati osobi jer je stara, depresivnost također, čak i sreća. Činjenica je, međutim, da veći dio psihičkih poremećaja u starijoj dobi nije neposredno povezan s fiziološkim procesima starenja (Davison i Neale, 1999).

Već je spomenuto da je u starijih ljudi u mnogim istraživanjima potvrđen fenomen koji je nazvan *paradoksom starije dobi*. Naime, unatoč prosječno lošijem fizičkom zdravlju u odnosu na mlađe odrasle osobe, kod starijih se zamjećuje, u prosjeku, veće zadovoljstvo

životom. To se obično objašnjava prilagodbom na uvjete, odnosno korištenjem strategija koje omogućuju uspješno starenje (npr. usporedba s vršnjacima). Te su strategije opisane u poglavlju 1.2.2.3. *Teorije cjeloživotnog razvoja*.

Pitanje raste li prevalencija psihijatrijskih poremećaja u starijoj dobi nema jednoznačan odgovor, a razlog tome vjerojatno leži u metodološkim razlikama istraživanja (Paul i sur., 2006; Wernicke, Linden, Gilberg i Helmchen, 2000).

U usporedbi s mlađim odraslim osobama, starije imaju niže vrijednosti za većinu afektivnih i anksioznih poremećaja i za kombiniranu prisutnost bilo kojeg poremećaja (Trollor, Anderson, Sachdev, Brodaty i Andrews, 2007). Općenito je prihvaćeno da, osim demencija, među starijima postoji relativno niska prevalencija svih psiholoških poremećaja, uključujući anksiozne poremećaje i depresiju. Međutim, pretpostavlja se da su psihijatrijski simptomi potcijenjeni uslijed kognitivnog opadanja, fizičkih poremećaja, ageizma ili stoga što stariji ljudi pripisuju osjećaj depresije starijoj dobi i zato ne traže pomoć ili ne spominju simptome (Sarkisian, Lee-Henderson i Mangione, 2003).

U longitudinalnom istraživanju švedske populacije starije od 70 godina psihijatrijski morbiditet raste s 24% u dobi od 75 godina do 31% u dobi od 79 godina (Skoog, 2004). U Berlinskoj studiji starenja, osim insomnije (18.8%), najčešći utvrđeni poremećaji su depresija (17.8%) i organski mentalni poremećaji (16.6%), uključujući demenciju (13.8%), a zatim slijede anksiozni poremećaji (4.4%), dok su ostali poremećaji rjeđi (Wernicke i sur., 2000).

Sumirajući brojna istraživanja, Wernicke i sur. (2000) nalaze da opći psihijatrijski morbiditet, i to onaj koji implicira potrebu za profesionalnom pomoći, pogađa 20-25% osoba starijih od 65, a procjene raspona variraju od 12.3-19.3%, pa čak do 52.2-54.1%. Za osobe starije od 85 godine nađene su više vrijednosti psihijatrijskog morbiditeta, najviše zbog povećanja demencije povezane s dobi. No s visokom dobi poteškoća je u malim uzorcima korištenim u istraživanjima.

Spol

Žene, u prosjeku, žive duže od muškaraca, ali imaju višu stopu morbiditeta, uključujući i psihijatrijski morbiditet, više ograničenja u funkcionalnim sposobnostima i kretanju te više koriste usluge zdravstvene skrbi (Carmel i Bernstein, 2003; Kandrack, Grant i Segall, 1991; Leveille, Penninx, Melzer, Izmirlian i Guralnik, 2000; Murtagh i Hubert, 2004; Wernicke i sur., 2000). U usporedbi s muškarcima, žene duže žive s narušenim sposobnostima, dijelom jer imaju više nefatalnih kroničnih stanja i konstitucijskih faktora

(npr. manju mišićnu snagu, manju gustoću kostiju, više sjedenja, pretilost) (Leveille, Resnick i Balfour, 2000).

Lošije mentalno zdravlje žena ilustrira odnos zastupljenosti psihijatrijskog morbiditeta u žena naspram muškaraca koji varira obično od 3 : 2 do 2 : 1 (Wernicke i sur., 2000). Prevalencija depresivnih simptoma uvjerljivo je veća kod žena (u svakoj dobi) nego kod muškaraca, bez obzira na dob i etničku pripadnost (Wernicke i sur., 2000; Zunzunegui i sur., 2007), a situacija s anksioznošću je slična – češća je kod žena nego kod muškaraca, također bez obzira na dob (Feingold, 1994; Fuentes i Cox, 2000; Lowe i Reynolds, 2005; Schaub i Linden, 2000). Žene starije dobi u odnosu na muškarce iskazuju i veću emocionalnu patnju (Walters, McDonough i Strohschein, 2002). I u samoprocjeni zdravlja žene izjavljuju da su više bolesne, odnosno boležljive u odnosu na muškarce (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005).

Muškarci i žene razlikuju se i po tome koji čimbenici mogu biti povezani više s nekim aspektima mentalnog zdravlja. Rezultati nisu jednoznačni. Neka istraživanja tako pokazuju da je kod muškaraca depresivnost više povezana sa stresom (Katsumata i sur., 2005), kroničnim bolestima i smanjenim fizičkim aktivnostima (Tanaka, Sasazawa, Suzuki, Nakazawa i Koyama, 2011), a kod žena s narušenim sposobnostima, zdravljem (Katsumata i sur., 2005; Tanaka i sur., 2011), nezadovoljstvom s percipiranom socijalnom podrškom (Buys, Roberto, Miller i Blieszner, 2008), indeksom tjelesne mase većim od 25, pušenjem i spavanjem dužim od 9 sati (Tanaka i sur., 2011).

Osim toga, za žene se prediktorom boljeg mentalnog zdravlja pokazuje više obrazovanje, dok je za muškarce prediktor lošijeg mentalnog zdravlja udovištvo (Lai i Ip, 2005), a dobrog – osjećaj kontrole (Carmel i Bernstein, 2003).

Za razlike u spolu nema jednog objašnjenja (Kandrack i sur., 1991). One se pripisuju biološkim, genetskim i stečenim razlikama (Despot Lučanin, 2003). Najveći udio razlika objašnjava se većom izloženosti žena društveno uvjetovanim rizicima, slabijem zdravlju i većim fizičkim ograničenjima u usporedbi s muškarcima (Murtagh i Hubert, 2004; Zunzunegui i sur., 2007). Veća izloženost žena društveno uvjetovanim rizicima potkrijepljena je u nizu istraživanja u raznim dijelovima svijeta. Ti rizični faktori povezani s većom depresivnošću žena uključuju: niže obrazovanje, niže prihode, slabiju osposobljenost u zanimanjima, češće udovištvo i veću socijalnu izolaciju (Arber i Cooper, 1999; Sonnenberg, Beekman, Deeg i van Tilburg, 2000; Walter-Ginzburg, Shmotkin, Blumstein i Shorek, 2005). U prilog društveno uvjetovanim razlikama idu i podaci istraživanja koja ne nalaze razlike među ženama i muškarcima u zemljama u kojima su rodne uloge izjednačene, kao što je to slučaj u Švedskoj (Zunzunegui i sur., 2007).

Međutim, istraživanja pokazuju da se spolne razlike smanjuju u starijoj dobi, otprilike poslije 85. godine, tako da i nestaju kod najstarijih starih osoba (Carmel i Bernstein, 2003; Zunzunegui i sur., 2007). Jedno od objašnjenja koje nude autori je da do toga dolazi uslijed pada u osjećaju kontrole kod muškaraca, koji se pokazuje važnim prediktorom mentalnog zdravlja upravo kod muškaraca, ali ne i kod žena. Naime, pad zdravlja i ostali gubici, prema ovom objašnjenju, snažnije pogađaju psihološku dobrobit muškarca nego žena (Carmel i Bernstein, 2003).

Analiza spolnih razlika u zadovoljstvu životom pokazuje da su spolne razlike vrlo male (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008; Pinquart i Sorensen, 2001; Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005), no neka istraživanja pronalaze različite korelate zadovoljstva životom u muškaraca i žena. Tako se čini da je zadovoljstvo u muškaraca povezano u većoj mjeri s fizičkom snagom, hobijima te socijalnim okruženjem i podrškom, a u žena je povezano sa zdravljem i svakodnevnim životnim aktivnostima. Kod muškaraca je zadovoljstvo u većoj mjeri povezano s izostankom problema, socijalnim odnosima, aktivnostima, obrazovanjem te zdravljem, a kod žena s nešto manjim brojem varijabli – s izostankom problema i socijalnim odnosima (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2009).

Fizičko zdravlje

Starije su osobe podložnije utjecaju fizičkih rizičnih faktora, primjerice u uvjetima rata, gladi, visoke temperature, više je smrtnosti među starijom populacijom. Međutim, nejasno je - je li to stoga što su osjetljiviji na fizičke rizične faktore uslijed slabljenja imunskog sustava. Neka istraživanja potvrđuju veću osjetljivost, neka manju, a neka ne nalaze povezanost s dobi (Aldwin, Park i Spiro, 2007).

Više od 80% osoba starijih od 70 godina ima barem jednu kroničnu bolest, a mnogi imaju višestruka kronična stanja (Young i Vitaliano, 2007).

Fizičko se zdravlje konzistentno pokazuje povezanim s mentalnim zdravljem (Berkman i sur., 1986; Borg, Hallberg i Blomqvist, 2006; Lampinen, Heikkinen, Kauppinen i Heikkinen, 2006; Murphy, Cooney, Shea i Casey, 2009; Seymour i sur., 2008), odnosno, uz funkcionalne sposobnosti, njegovim najboljim prediktorom (Bowling, 2005; Niti, Ng, Kua, Ho i Tan, 2007). Postoji, dakle, čvrsta povezanost između depresivnosti, fizičkih bolesti i nesposobnosti. Fizičke bolesti, same po sebi, ne objašnjavaju rizik od depresije i opadanja funkcionalnih sposobnosti (u aktivnostima svakodnevnog života). Biokemijski putevi mogu imati patogenetsku ulogu. Depresija može imati negativne učinke na endokrine, neurološke i

imunodne procese povećavajući simpatički ton, smanjujući ton vagusa i uzrokujući imunosupresiju. To može imati i izravnu vezu s opadanjem neuromuskularne funkcije (Kivelä i Pahkala, 2001).

Zdravlje je najznačajniji prediktor depresije i ishoda depresije (Bowling, Farquhar i Grundy, 1996). No tu valja biti oprezan jer povezanost između tjelesne bolesti i depresije ne postoji samo zbog obeshrabrujućih aspekata neke bolesti, nego i zbog uzimanja nekih lijekova (Davison i Neale, 1999).

Budući da samoprocijenjeno zdravlje visoko korelira sa zdravstvenim stanjem (Andrew i Dulin, 2007; Suh, 2006), jasno je da je u istraživanjima ono povezano s indikatorima mentalnog zdravlja, primjerice s depresivnošću (Lee i Shinkai, 2005). Osobe koje svoje zdravlje procjenjuju jako dobrim, značajno su zadovoljnije od osoba dobrog i lošeg zdravlja, a značajne su i razlike između te dvije posljednje skupine u korist osoba dobrog zdravlja (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Samoprocijenjeno zdravlje pokazuje se najznačajnijim prediktorom zadovoljstva životom (Abu-Bader, Rogers i Barusch, 2002). Međutim, Schnittker (2005) utvrđuje da povezanost između depresivnih simptoma i samoprocijenjenog zdravlja raste nakon 74. godine. Na primjer, slaganje s tvrdnjom *Osjećam se depresivno većinu vremena* jače je povezano sa samoprocijenjenim zdravljem nego kronična stanja, uz izuzetak moždanog udara. Slično, slaganje s tvrdnjom *Uživam u životu većinu vremena* jače je povezano sa samoprocijenjenim zdravljem nego rak. Schnittker naglašava da ova recipročna izmjena ima važne implikacije za detektiranje i tretman depresivnih simptoma u starijoj dobi.

Postoji obilje istraživanja o sreći i tjelesnom zdravlju, od kojih su mnoga sažeta u Svjetskoj bazi podataka o sreći. Ta istraživanja konzistentno pokazuju postojanje pozitivnih veza između sreće i zdravlja. Dobivene korelacije između sreće i tjelesnoga zdravlja kreću se u rasponu od 0.10 do 0.40 i čini se da je njihova visina relativno neovisna o dobi, spolu, socio-ekonomskom statusu i ličnosti. Pri tome je utvrđeno da su korelacije više u populaciji pacijenata nego u općoj populaciji. Korelacije između sreće i samoprocjene zdravlja nešto su veće nego između sreće i zdravlja određenoga medicinskim pretragama (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). U jednom je domaćem istraživanju dobivena pozitivna korelacija između sreće i zdravlja od 0.36, ali znatno viša za muškarce (0.44), nego za žene (0.29), a zabilježen je pad u korelacijama s porastom dobi. Osobe jako dobrog zdravlja sretnije su od onih dobrog i lošeg zdravlja, a osobe dobrog zdravlja sretnije su od osoba lošeg zdravlja (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008).

Mentalno i fizičko zdravlje povezani su u velikoj mjeri i preko negativnih stereotipa – o gubitku zdravlja te fizičkih i psihičkih funkcija sa starenjem. Negativni stereotipi mogu povećati psihološku osjetljivost na bolest ako ih starije osobe internaliziraju i stoga ne traže pomoć te ako takve stereotipe internaliziraju i osobe koje im pružaju skrb (Golub i Langer, 2007).

Funkcionalne sposobnosti

Funkcionalne sposobnosti potrebne za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (pripremanje hrane, jedenje, odijevanje, održavanje higijene, pospremanje stana, kupovina) predstavljaju univerzalni čimbenik koji je značajno povezan s mentalnim stanjima (Borg i sur., 2006; Bowling i sur., 1996; Lee i Shinkai, 2005). Uz fizičko zdravlje, funkcionalne se sposobnosti pokazuju najboljim prediktorima mentalnog zdravlja (Bowling, 2005; Niti i sur., 2007). Slabije funkcionalne sposobnosti snažan su prediktor daljnjeg slabljenja funkcionalnih sposobnosti.

S većim teškoćama u fizičkim funkcionalnim sposobnostima rastu i depresivni simptomi, a smanjuje se zadovoljstvo životom (Hsu, 2009). Naime, dobro je potkrijepljeno da funkcionalna nesposobnost raste s dobi (Rathouz i sur., 1998). Oko 60% osoba starijih od 65 godina ne treba ograničavati svoje važnije aktivnosti zbog zdravstvenih razloga. Od otprilike 85 godina taj se postotak spušta na 50% (Papalia i Olds, 1992). Neka kronična zdravstvena stanja postaju češća s dobi, kao što su artritis, dijabetes, bolesti dišnih puteva, želučani problemi, slabljenje vida i sluha. Ova stanja doprinose smanjenju funkcionalnih sposobnosti, a funkcionalna nesposobnost vodi izravno u depresiju (Fiksenbaum, Greenglass, Marques i Eaton, 2005).

Općenito se uz starenje veže reducirana fizička aktivnost, ne samo u svrhu funkcionalnih aktivnosti, nego i u svrhu razgibavanja, rekreacije, održavanja ili stjecanja kondicije. Opadanje fizičkih aktivnosti povezano je s lošijim mentalnim zdravljem. Mogućnost kretanja i veća tjelesna aktivnost uglavnom se pokazuju značajno povezanima sa zadovoljstvom životom (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008) i subjektivnom dobrobiti (Lampinen i sur., 2006). Starije osobe u većini slučajeva shvaćaju mobilnost kao uvjet bez kojeg ne mogu živjeti jer je to vodeća sila za životna očekivanja. Dobro zdravlje povezano je s aktivnošću, a aktivnosti impliciraju da osoba ima neke ciljeve (Requena, Martínez i Ortiz, 2010). Povezanost fizičkih aktivnosti, i to umjerenih, s boljim kognitivnim funkcioniranjem

dokazana je u mnogim istraživanjima (Lindwall, Rennemark i Berggren, 2008). Redovita tjelovježba mijenja endokrinu aktivnost, cirkulaciju, tonus mišića i cijeli niz drugih vidova fizičkog funkcioniranja. Posljedica toga je da se mogu spriječiti rizici za bolesti (osteoporoza, hipertenzija, dijabetes,...) uključujući i depresiju (Saccomani, 2006; Tomek Roksandić i sur., 2009). Vježbanje može utjecati na raspoloženje i na percepciju stresa, utječući na povoljne psihološke i emocionalne ishode (Baum i Posluszny, 1999) koji uključuju smanjenje anksioznosti i depresivnost kod blažih oblika (Lampinen i sur., 2006; Saccomani, 2006).

Osobe koje se bave sportom pokazuju da su nešto sretnije nego osobe koje se ne bave sportom, i ta se razlika pojavljuje neovisno o dobi, bračnom statusu i tjelesnom zdravlju (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008; Veenhoven, 2009). Tjelesna aktivnost pridonosi održavanju samostalnosti u svakodnevnom životu, a nije zanemarivo ni to da bolja fizička aktivnost može pomoći pri mijenjanju stereotipa o starijim osobama kao pasivnim i nekorisnim (Saccomani, 2006).

1.1.3.1.2. Psihološki čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba

Iako se u ovom istraživanju psihološke varijable mentalnog zdravlja ne ispituju, one su prisutne u biopsihosocijalnom modelu zdravlja i bolesti, pa su ovdje spomenute one koje su relevantnije.

Suočavanje sa stresom

Istraživanja potvrđuju da se, kako stare, ljudi koriste sve zrelijim načinima suočavanja sa stresom, npr. suočavanjem usmjerenim na problem i humorom, kognitivnim prilagođavanjem i ponovnim procjenama, kontrolom impulzivnosti, prihvaćanjem, a da koriste manje hostilnosti, bijega u maštu, impulzivnosti i otvorenih agresivnih reakcija (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). U usporedbi s mlađima, starije osobe doživljavaju blaže negativne efekte stresnih događaja (imaju niži intenzitet doživljenog stresa i nižu anksioznost), a posljedice nesreće percipiraju kao manje dugotrajne (Bolin i Klenow, 1983, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). To se objašnjava većim životnim iskustvom, većom fleksibilnošću i realističnijom percepcijom mogućnosti kontrole nad situacijom (Labouvie-Vief, Hakim-Larson i Hobart, 1987, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006), dok samopercepcija efikasnosti može povećati trud usmjeren na problem (De Raedt i Ponjaert-Kristoffersen, 2006). Istraživanja odnosa suočavanja sa stresom i zdravlja također pokazuju

da se starije osobe koriste učinkovitijim načinima suočavanja, a pretpostavlja se da je to rezultat njihovog boljeg poznavanja različitih prijetnji zdravlju (Watkins i sur., 1999, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Strategije kontrole koje imaju za cilj postizanje zdravlja, povezane su s manje depresivnih simptoma kod starijih osoba koje imaju više akutnih fizičkih simptoma (Wrosch i sur., 2004). Osobe koje ne koriste te strategije, pogoršavaju simptome depresije. Štoviše, veća upotreba strategija usmjerenih zdravlju povezana je sa smanjenjem depresije kroz vrijeme, dok osobe s više depresivnih simptoma smanjuju aktivne pokušaje postizanja zdravlja (Lutgendorf i Costanzo, 2003).

Za aktivne strategije suočavanja sa stresom u starijoj je dobi od velike važnosti i osjećaj smisla (Stowell, Kiecolt-Glaser i Glaser, 2001).

Osobine ličnosti

Istraživanja potvrđuju da postoji povezanost između osobina ličnosti s jedne strane, nastajanja i tijeka bolesti s druge strane te dobi s treće strane. Od mnogih osobina ličnosti koje su se proučavale kao rizični ili zaštitni faktori povezani sa zdravljem, hostilnost, neuroticizam i optimizam imaju najviše empirijske potpore (Berg i sur., 2007).

Hostilnost se odnosi na doživljaj drugih osoba prijetećima, na obezvrjeđivanje drugih te na agresiju prema drugima kao posljedično ponašanje. Emocije su uglavnom vezane uz nezadovoljstvo te rastu do ljutnje i bijesa. Neka istraživanja potvrđuju povezanost hostilnosti s lošijim zdravljem (kardio-vaskularnim bolestima) i kraćim životnim vijekom, no nema jednoznačnih nalaza (Kiecolt-Glaser i sur., 2002; Berg, Smith, Henry i Pearce, 2007). Postoje potvrde za to da se kod starijih kardioloških pacijenata hostilnost češće javlja zajedno s anksioznošću i depresivnošću (Moser i sur., 2010). Hostilnost se pokazuje rizičnim faktorom za suicid u starijoj životnoj dobi, ponovno u kombinaciji s depresivnošću i anksioznošću (De Leo i Spathonis, 2003). Moguće objašnjenje za to je da je hostilnost praćena neuspjehom u kontroli impulsa, a to može biti ključno za suicidalno ponašanje (Scocco, Meneghel, Dello Buono i De Leo, 2001).

Neuroticizam i emocije neugodnog hedonističkog tona potiču osjetljivost za razvoj klinički dijagnosticiranih poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja. Povezani su također s povećanim izvještavanjem o simptomima i drugim ponašanjima vezanim za bolest koji su pretjerani u odnosu na neovisno potvrđenu fizičku bolest (Costa i McCrae, 1987).

No u nizu je istraživanja potvrđeno da su ove crte povezane s povećanim rizikom za kardiovaskularne bolesti i s kraćim životnim vijekom. Vjerojatno je veza sa zdravljem osigurana preko loših socijalnih kontakata i lošijih zdravstvenih navika (Berg i sur., 2007).

Smanjenje neuroticizma i povećanje savjesnosti, kao crta ličnosti, koje je potvrđeno da se događa s dobi, u skladu je s povećanjem pozitivnog afekta i smanjenjem negativnog afekta kod starijih osoba u usporedbi s mlađima (Davis i sur., 2007).

Optimizam se, s jedne strane, odnosi na procjenjivanje događaja (kao više pozitivnog), dok se s druge odnosi na očekivanja ishoda budućih događaja (također kao više pozitivnih). Optimizam kao kognitivni stil objašnjava događaje u tri aspekta: trajnosti (trenutačno-trajno), općenitosti (konkretno-opće) i uzročnosti (unutarnji-vanjski uzrok). Tako optimisti negativne ishode pripisuju vanjskim uzrocima, trenutačnoj i konkretnoj situaciji, bez generaliziranja (Anolli, 2005).

Iako su dispozicijski (crta ličnosti) optimizam i pesimizam relativno stabilni u dužim periodima, čini se da s dobi raste realizam. Pretpostavlja se da će, kako stare, neke osobe potpuno prihvatiti mogućnost nepovoljnih događaja, bez obzira na njihovu osnovnu razinu optimizma (Benyamini, 2005).

Istraživanja pokazuju da optimističnije osobe rjeđe poboljšavaju i u prosjeku žive duže od manje optimističnih. Konkretnije, rezultati (Anolli, 2005) pokazuju da optimizam pomaže kod kroničnih bolesti kao što je artritis, u prevenciji kardio-vaskularnih bolesti, tretmanima tumora, kontroli stresa, jačanju imunskog sustava, prevladavanju traumatskih događaja, nošenju s pasivnošću i depresijom. Nada koja proizlazi iz optimizma usmjerava na učinkovitije postizanje željenog zdravstvenog stanja, nošenje s bolestima i nezgodama te na svladavanje prepreka.

Optimizam kod starijih osoba povezan je s većim stupnjem zadovoljstva životom i stupnjem sreće (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Optimizam je povezan s manjom razinom simptoma depresije. Moguće je da optimistični stariji ljudi koji se usmjeravaju na buduće ciljeve i pozitivna očekivanja mogu izbjeći negativne obrasce razmišljanja. Optimizam može poticati načine na koje se ljudi suočavaju s nedaćama, traže socijalnu podršku i, kao rezultat, imaju manje simptoma depresije. Napokon, i biološka osnova, kao što je neravnoteža neurotransmitera vezanih za raspoloženje ili genetska predispozicija, mogu objasniti zašto niska razina optimizma ima veze sa simptomima depresije. Dakle, optimizam štiti od razvijanja depresivnih simptoma (Giltay, Zitman i Kromhout, 2006) i mogao bi samostalno i

nezavisno pridonositi ishodima za koje je bitna njegova motivacijska snaga, kao što je npr. nošenje s nekom bolesti ili oporavkom od nje (Benyamini, 2005).

1.1.3.1.3. Socijalni čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba

Socijalna podrška

Pozitivan utjecaj socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje dobro je dokumentiran.

Socijalna podrška ima učinke na rizik od obolijevanja, napredovanje i na oporavak od tjelesnih bolesti. Neuspjeh u regulaciji emocionalnih, kognitivnih i ponašajnih odgovora pridonosi psihičkim problemima i može biti okidač zdravstvenih promjena koje se javljaju kao odgovor na djelovanje neuroendokrinog, imunosnog i/ili kardiovaskularnog sustava (Uchino, Cacioppo i Kiecolt-Glaser, 1996). Na temelju socijalne podrške mogu se predvidjeti promjene u krvnom tlaku i puls u koje su povezane s dobi (Uchino, Cacioppo, Malarkey, Glaser i Kiecolt-Glaser, 1995; Uchino, Kiecolt-Glaser i Cacioppo, 1992).

Socijalna podrška povezana je s pozitivnim afektivnim stanjima kao što su: povećani osjećaj pripadnosti, intimnost, povećan osjećaj vlastite vrijednosti i povećan osjećaj kontrole. Istraživanja pokazuju da su osobe koje se procjenjuju najmanje sretnima u starijoj dobi - udovci/ udovice i osobe koje žive same, dok su najsretnije one osobe koje su u braku, odnosno koje žive s partnerom, djecom, u proširenoj obitelji ili prijateljima (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Bračni status preko socijalne podrške partnera djeluje i na bolje mentalno zdravlje bolesnika oboljelih od različitih kroničnih bolesti (Sherbourne i Hays, 1990).

Socijalna podrška može biti i izvor korisnih informacija koje povećavaju suočavanje. Ona je mehanizam koji može smanjiti funkcionalnu nesposobnost (Fiksenbaum i sur., 2005), depresivne simptome (Holahan i Holahan, 1987; Lee i Shinkai, 2005), povezana je s manjim mortalitetom (Engedal, 1996; Hudek-Knežević i Kardum, 2006) i jedan je od značajnih prediktora zadovoljstva životom (Abu-Bader i sur., 2002). Manjak socijalnih aktivnosti prediktor je osjećaja usamljenosti (Lampinen i sur., 2006).

Empirijski dokazi sugeriraju da su značajni socijalni odnosi vrlo važni u starijoj dobi: imati vrijeme za bliske prijatelje može biti jedna od važnih prednosti produljenja života (Freund, Nikitin i Ritter, 2009). Općenito se smatra da socijalna podrška utječe na tjelesno i mentalno zdravlje djelovanjem na emocije, kognicije i ponašanja (Cohen, 1988). U slučaju mentalnog zdravlja, smatra se da socijalna podrška održava regulaciju tih triju sustava i

sprječava odgovore koji uzrokuju disfunkcije. Ta regulacija odvija se putem očekivane komunikacije, socijalnih normi, nagrada i kazni te putem pomaganja pri suočavanju (Cassell, 1976 i Thoits, 1986, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Povezanosti između socijalnih veza, zdravlja i dugovječnosti proizlaze, barem djelomično, iz pozitivnog utjecaja takvih socijalnih obilježja na smanjenje neuroendokrine reaktivnosti. Iako su podržavajući socijalni odnosi obično povezani s oslabljenim obrascima aktivacije hipotalamično-hipofizno-adrenalne osi i simpatičkog živčanog sustava, vrijedi i obrnuto: nepodržavajuće socijalne interakcije često su povezane s povećanom reaktivnošću (Seeman i McEwen, 1996).

Odnos između socijalne mreže i bolesti složen je i vjerojatno dvosmjernan. Tako da i slabo samoprocijenjeno zdravlje i njegovo opadanje mogu biti prediktori slabih socijalnih odnosa (Lund, Avlund, Modvig, Due i Holstein, 2004).

Iako većina istraživanja pokazuje da socijalna podrška obitelji pozitivno djeluje na mentalno i tjelesno zdravlje kroničnih bolesnika, u nekima su nađeni i negativni efekti. Oni se najčešće objašnjavaju pretjeranom brigom, odnosno anksioznošću davatelja podrške ili potkrepljivanjem uloge bolesnika kada to nije potrebno. Naime, često se događa da bračni partner potkrepljuje pacijentova ponašanja vezana za iskazivanje boli i ulogu bolesnika, što povećava vjerojatnost da bolesna osoba duže vrijeme ostane u krevetu, ne odlazi na posao ili se ne koristi svojim optimalnim potencijalima za normalno funkcioniranje. Negativni efekt podrške obitelji objašnjava se i time da različite funkcije podrške (instrumentalna, emocionalna, itd.), iako pružene s najboljom namjerom, mogu kod bolesnika smanjiti osobni osjećaj kontrole, što dovodi do bespomoćnosti i ovisnosti o drugim osobama te do povećanja simptoma depresivnosti (De Leeuw i sur., 2000; Penning i Strain, 1994, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Stoga se ključnim za zdravlje čini - nemati loše odnose (Coyne i Smith, 1991, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006; Manne i Zautra, 1989).

Walen i Lachman (2000) nalaze da su i pozitivni i negativni socijalni odnosi snažnije povezani s mentalnim nego s tjelesnim zdravljem. To istraživanje pokazuje da je od različitih tipova odnosa (obitelj, prijatelji i partner) jedino napetost u odnosima s partnerom povezana s objektivnim zdravstvenim problemima te da je napetost u obiteljskim odnosima češće povezana s mentalnim i tjelesnim zdravljem žena nego muškaraca.

Socioekonomski status

Socioekonomski status mjeren različitim indikatorima (npr. primanjima, imovinom, doživljajem visine vlastitih ekonomskih resursa u usporedbi s vršnjacima, stupnjem

obrazovanja,...) pokazuje se u nekim segmentima konzistentno povezanim sa zdravljem. Tu je najlakše utvrditi utjecaj nedostatnih sredstava. Naime, najvažnijim za nisko zadovoljstvo životom starijih osoba koje imaju reducirane mogućnosti da se brinu same o sebi, pokazuje se nedostatak novaca za zadovoljenje njihovih potreba (Borg i sur., 2006). Financijska sigurnost jedan je od glavnih faktora povezan s kvalitetom življenja starijih osoba (Murphy i sur., 2009).

Starije osobe višeg socioekonomskog statusa imaju bolje psihološko zdravlje nego one nižeg (Lampinen i sur., 2006). To potvrđuju istraživanja koja pokazuju da je psihološko gledište povezano s mjestom u hijerarhiji: što je netko niže na socijalnoj ljestvici, obično prema primanjima ili zdravlju, tada se prilike za pozitivne afekte smanjuju, a one za negativne povećavaju. Naime, ako osobe rade usporedbe samo s onima koji imaju više od njih, tada je veća vjerojatnost da će biti nesretnije, nego ako se mogu usporediti s onima koji imaju manje (Bowling, 2005). Povezanost nižeg socioekonomskog statusa s bržim starenjem u svim većim tjelesnim sustavima može se objasniti i kumulativnim učinkom preko alostatskog opterećenja (Seeman, Epel, Gruenewald, Karlamangla i McEwen, 2010). Alostatsko se opterećenje odnosi na kumuliranu prilagodbu (potrošnju, promjene u funkcioniranju) organizma povećanim zahtjevima okoline.

Istraživanja o sreći i zadovoljstvu životom pokazuju da postoji blaga povezanost između bogatstva i psihičke dobrobiti. Ljudi koji žive u bogatijim zemljama sebe procjenjuju sretnijima nego ljudi iz manje bogatih zemalja, no novac ipak nije garancija sreće (Diener, Horwitz i Emmons, 1985; Costa, McCrae, i Zonderman, 1987). Usporedba jednog domaćeg i jednog američkog istraživanja to može ilustrirati. U domaćem su istraživanju (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008), u prosjeku, starije osobe izjavile da su sretni 62% vremena, dok je istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo da su jako bogate osobe sretni u prosjeku 77% vremena, a osrednje imućne 62% (Diener i sur., 1985). Naime, kad se jednom dosegne osnovna razina zadovoljenja ljudskih potreba u društvu i kad se dosegne određena količina prihoda, materijalna imovina, čini se, relativno malo dalje doprinosi većem osjećaju sreće (James, 1997, 2003, prema Bowling, 2005). Štoviše, može imati i obrnut učinak (Kasser, 2002, prema Bowling, 2005). Ono što se pokazuje važnim je čuti kako ljudi sami doživljavaju svoje socioekonomsko stanje, a manje su važni kvantitativni socioekonomski indikatori (Chiu, Hsieh, Mau i Lee, 2005). Oni se, naime, pokazuju manje osjetljivim mjerama socioekonomskog položaja u mirovini (Bowling, 2004b i Grundy i Holt, 2001, prema Bowling, 2005).

Niži socioekonomski status također se pokazuje povezanim i sa smanjenim sposobnostima. U longitudinalnom istraživanju starijih osoba Chiu i sur. (2005) našli su negativnu povezanost između opadanja fizičkih aktivnosti svakodnevnog života i posjedovanja „viška“ novaca (više nego što je potrebno za zadovoljavanje osnovnih potreba), dok je stupanj obrazovanja imao jaku pozitivnu povezanost s instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života. Inače se stupanj obrazovanja najkonzistentnije pokazuje povezanim sa zdravljem i promjenama u zdravlju u istočnim i zapadnim narodima (Chiu i sur., 2005), a kod nas stupanj obrazovanja pozitivno korelira i s razinom zadovoljstva životom starijih osoba (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008).

Korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga

S povećanjem dobi raste i broj kroničnih bolesti koje osobe imaju, pa i zahtjevi za različitim oblicima skrbi i usluga za starije također rastu (Hovde, Hallberg i Edberg, 2008).

Podaci o korištenju socijalnih usluga pokazuju da su stariji ljudi manje skloni tražiti psihološke usluge u usporedbi s mlađim ljudima s istim problemima. Osim toga, znanje starije osobe o zdravstvenim i socijalnim uslugama u velikoj mjeri ovisi o njezinom obrazovanju i prethodnom iskustvu u korištenju tih usluga. Prema Andersonovom bihevioralnom modelu korištenja zdravstvenih usluga, medicinske i socijalne usluge pod utjecajem su tri skupine faktora: a) *faktora potrebe* koji uključuju subjektivnu percepciju (potrebe za uslugom i koristi od usluge) i objektivne kliničke procjene (Coulton i Frost, 1982). Funkcionalne sposobnosti, samoprocijenjeno zdravstveno stanje i izvještaji o simptomima pokazuju se prediktorima za traženje pomoći za medicinske i psihosocijalne probleme (Wolinsky i Johnson, 1991). Diskrecijske usluge, a to je većina socijalnih usluga, povezane su s kombinacijom raznih faktora (Kosloski i Montgomery, 1994). b) *Podržavajući faktori* odnose se na okolnosti ili individualne karakteristike koje – ili otežavaju, ili olakšavaju korištenje usluga (Coulton i Frost, 1982). U njih se ubrajaju: pristupačnost (fizička, financijska), znanje o uslugama, mogućnost komuniciranja s pružateljima (Calsyn i Roades, 1993; Wolinsky i Johnson, 1991) te socijalni kapital (Hendryx, Ahern, Lovrich i McCurdy, 2002). Socijalne mreže i podrška mogu pomoći ili odmoći osobi da potraži formalni oblik pomoći (Auslander i Litwin, 1990; Wolinsky i Johnson, 1991). c) *Predisponirajuće faktore* predstavljaju individualna obilježja osobe koji mogu utjecati na prepoznavanje potrebe ili korištenje usluge. Spol, etnička pripadnost, imigrantski status, razina socijalne podrške, socioekonomski status, psihološka patnja i zadovoljstvo životom povezani su s korištenjem usluga (Auslander, Soskolne i Ben-

Shahar, 2005; Coulton i Frost, 1982; Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006). I vjerovanje u mogućnost kontrole nad vlastitim životom te briga o svojoj dobrobiti ubrajaju se u predisponirajuće faktore (Wolinsky i Johnson, 1991).

Istraživanje koje su proveli Kristensson, Hallberg i Jakobsson (2007) u Švedskoj pokazuje da osobe starije dobi, udovci i udovice, osobe s lošijim samoprocijenjenim zdravljem, slabijim fizičkim funkcioniranjem, osobe s kognitivnim problemima te one koje imaju boli češće koriste usluge kućne njege. Broj akutnih prijema u bolnicu varira od 0 do 9 s dužinom ostajanja do 195 dana kod muškaraca i 95 dana kod žena. Osim toga, ti su ljudi imali komorbiditet. Onih s nekoliko boravaka u bolnici bilo je 10-15% u cijelom uzorku. Proces prijelaza iz stanja zdravlja u stanje kada se treba živjeti s nekoliko kroničnih bolesti uzrokuje podložnost za bolest, koja zauzvrat može dalje utjecati na zdravstveni status uzrokujući otežan oporavak, moguća pogoršanja ili nezdravo ili odgođeno suočavanje. Nalazi ovog istraživanja pokazuju da otprilike 15% ljudi treba dodatnu njegu da bi smanjili potrebu za akutnim intervencijama zdravstvene skrbi. Čini se da je tako za osobe s kroničnim bolestima kao što su srčane bolesti i rak, ali preventivne akcije bi mogle smanjiti i rizik od prijeloma.

Starije osobe (s kroničnim bolestima) koje dobivaju proaktivnu zdravstvenu njegu u kući, u usporedbi s onima koji je dobivaju samo na zahtjev, imaju bolje mentalno zdravlje, manju depresivnost i percipiraju socijalnu podršku većom – za nikakvo povećanje troškova (Markle-Reid i sur., 2006).

Leventhal, Leventhal i Shaefer, 1999 (prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006) nalaze da su, u kontekstu bolesti, starije osobe realističnije i aktivnije od mlađih u traženju zdravstvene brige. Niz istraživanja pokazuje da starije osobe bolje razumiju pravilo „stres uzrokuje bolest“. Naime, kada su simptomi bolesti dvosmisleni i kratkotrajni (npr. doživljaj umora i slabosti), tada ih starije osobe češće pripisuju nedavno proživljenim stresnim iskustvima. Međutim, kada su simptomi jači i dugotrajniji, tada stariji ljudi djeluju brže od mlađih u traženju zdravstvene pomoći (Watkins i sur., 1999, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Većina starijih osoba ipak koristi neformalne oblike skrbi i sama se organizira, ili joj u organiziranju pomaže netko iz obitelji. Tako neki podaci pokazuju da 84% starijih ima neformalnu njegu (Hellström i Hallberg, 2001). Ekwall, Sivberg i Hallberg (2004) našli su da 18% osoba starijih od 75 pomaže drugoj osobi zbog zdravstvenih problema, a 11% je izjavilo da pomaže oko zdravstvene njege.

Malo se zna o stavovima starijih osoba prema traženju psihološke pomoći. Westerhof, Maessen, De Bruijn i Smets (2008) navode da starije osobe u Nizozemskoj imaju slabe bihevioralne namjere namjere tražiti stručnu pomoć za psihološke probleme, ali su njihove bihevioralne namjere da potraže preventivnu pomoć nešto veće. Istraživanja pokazuju da ljudi koji se više žale na probleme i koji imaju prethodno iskustvo u korištenju stručne pomoći, imaju pozitivniju percepciju skrbi o mentalnom zdravlju. Nađene su i spolne i obrazovne razlike u korištenju psihološke pomoći. Muškarci imaju negativnije stavove prema traženju psihološke pomoći nego žene i niže obrazovane osobe manje koriste usluge od više obrazovanih.

Istraživanja korištenja zdravstvenih i socijalnih usluga obično se susreću s poteškoćom razlikovanja formalnih i neformalnih usluga te s poteškoćom razlikovanja razloga za korištenje usluga. Naime, s jedne strane razlog može biti nečije slabije funkcioniranje, narušeno zdravlje, ograničeno kretanje, a s druge strane, neke osobe mogu koristiti usluge radi redovitih pregleda i sprječavanja početka ili napredovanja neke bolesti ili stanja. Stoga odlazak, primjerice, stomatologu, može biti pokazatelj nečije brige jer se redovito kontrolira, a neodlazak može biti pokazatelj zanemarivanja. No može vrijediti i suprotno: odlazak stomatologu može biti posljedica nebrige koja je dovela do bolnog procesa koji treba tretirati, pa je to pokazatelj lošijeg zdravlja, dok je neodlazak, u ovom slučaju, pokazatelj dobrog zdravlja jer osoba nema potreba za intervencijama.

Povijesni kontekst

Proučavanja i uzimanja u obzir povijesnog konteksta i društvenog ritma prilikom istraživanja raznih obilježja vezanih uz starenje, pa tako i mentalnog zdravlja, omogućuju da se vidi kako su članovi određenih kohorti bili pod različitim utjecajima. Planirane promjene životnih događaja predstavljaju princip ljudskog djelovanja. Ljudi biraju što će i kada raditi kroz svoj životni vijek. No šansa da se naprave neki izbori ovisi o prilikama i preprekama koje povijest pruža (Elder, 1998).

U postkomunističkim zemljama starije se osobe smatraju osjetljivom populacijom, pogođenom promjenama u zdravstvenoj skrbi, slabom financijskom situacijom i socijalnim izopćenjem tijekom socio-ekonomske tranzicije (Dragomirecká i sur., 2008). Knurovski i sur. (2004) nalaze općenito slabiji zdravstveni status u Poljskoj i Hrvatskoj u usporedbi sa starima u Zapadnoj Europi.

Istraživanje europske kvalitete življenja iz 2003. pokazuje da je opće zadovoljstvo životom u svim postkomunističkim zemljama niže od europskog prosjeka (Dragomirecká i sur., 2008). Drugo istraživanje, provedeno nekoliko godina kasnije, uspoređivalo je samoprocjene zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj sa starijim članicama Europske unije i s novijim članicama. Zdravstveni su status starije osobe u Hrvatskoj procjenjivale boljim nego u novijim, a lošijim nego u starijim članicama Europske unije. Najzadovoljnija je svojim zdravljem starija populacija u skandinavskim zemljama i Nizozemskoj (Japac i Šućur, 2007).

Usporedba češkog i nekoliko zapadnoeuropskih uzoraka pokazuje više depresivnih simptoma i nižu kvalitetu življenja u većini područja u češkom uzorku starijih. Analiza faktora vezanih uz kvalitetu življenja starijih pokazuje slične obrasce među svim državama, s depresijom kao najsnažnijom determinantom smanjene kvalitete življenja. Jedina razlika u češkom uzorku u usporedbi s ostalima je povezanost između kvalitete življenja i pozitivnih odnosa u obitelji. To odgovara opisu *postkomunističkog sindroma* koji se definira kao nedostatak koncepta građanstva, nedostatak identifikacije sa zajednicom i povlačenje u obitelj (Klicperová, Feierabend i Hofstetter, 1997).

Na kraju, nije zanemarivo naglasiti da na evaluaciju zdravlja utječe i starenje, i to više od bilo kojeg drugog sociodemografskog obilježja (Krause i Jay 1994, prema Schnittker, 2005). Kako osoba stari, tako sve više svjedoči tome da su vršnjaci slabijeg zdravlja, pa prilagođava evaluacije svojeg zdravlja tome. No tu ulogu ima pripadnost kohorti. Naime, vjerovanja o zdravlju i bolesti mogu se formirati rano u životu, kao i mnoga druga vjerovanja. Recentne kohorte možda imaju viša očekivanja za dobro zdravlje i ta očekivanja mogu oblikovati percipiranu ozbiljnost raznih zdravstvenih ograničenja i dati veću važnost uvjetima koje su prethodne kohorte smatrale manje važnima (Schnittker, 2005). Neki istraživači smatraju da bavljenje, primjerice, srećom, može biti briga samo novijih kohorti koje se više ne bave brigom o preživljavanju (Felton, 1987).

U ovom se radu ne provjeravaju svi navedeni biološki i socijalni faktori mentalnog zdravlja starijih osoba, nego samo neke varijable koje predstavljaju te skupine. Pri odabiru pojedinih varijabli uzeta su u obzir dva kriterija: važnost utvrđena u prethodnim istraživanjima te jednostavnost i mogućnost mjerenja.

1.1.4. Mentalno zdravlje u razvojnoj perspektivi

O mentalnom zdravlju, iz perspektive razvojne psihologije, govori se kroz cijeli život. U dječjoj dobi mentalno zdravlje uglavnom se odnosi na istraživanja toga što pridonosi optimalnom socijalnom i emocionalnom razvoju djece u prvim godinama života. Budući da su sve razvojne domene međusobno povezane, tako se i pitanja kognitivnog i motoričkog razvoja male djece ne izuzimaju iz slike o njihovom mentalnom zdravlju. Suvremeni pogled na mentalno zdravlje malog djeteta u fokusu ima dijete smješteno unutar različitih dinamičkih međudjelujućih sklopova utjecaja unutar kojih djeluju različiti zaštitni i rizični čimbenici (Ljubešić, 2010). Uz adolescentsku dob mentalno zdravlje najčešće dotiče teme slike o sebi, poremećaja hranjenja, konzumiranja sredstava ovisnosti, depresivnosti, anksioznosti, suicida, traženja opasnih uzbuđenja i upuštanja u rizična ponašanja (Nazor, 2010). U odrasloj dobi teme se šire na zadovoljstvo životom, obitelji, poslom, partnerskim odnosima, financijskom situacijom, kvalitetom življenja te velikim dijelom na stres (Pantić, 2010). U starijoj dobi mentalno zdravlje fokusira se uglavnom na psihičke bolesti, depresivnost, usamljenost, religioznost i duhovnost, smisao života.

Nekoliko je razloga zbog kojih se mentalnom zdravlju pristupa donekle različito i specifično u starijoj dobi u odnosu na ostala razvojna razdoblja. Prije svega, gubitak postaje normativan i odnosi se na gubitke socijalne mreže i uloga, na kognitivno opadanje, na fizičko opadanje te na smanjenje ekonomskih resursa. Ravnoteža između dobitaka i gubitaka koja postoji tijekom života, u starijoj dobi počinje se, dakle, narušavati u smjeru gubitaka (Baltes i Baltes, 1990, prema Honn Qualls, 2002). Stoga održavanje mentalnog zdravlja u starijoj dobi uključuje neku količinu prilagodbe za nošenje s neizbježnim psihičkim i fizičkim problemima i obično se izjednačuje s terminima *uspješno*, *optimalno* ili *zdravo starenje*. Honn Qualls (2002) definira mentalno zdravu stariju osobu kao onu koja prihvaća svoje starenje aktivno, koja uključuje svoje raspoložive snage da kompenzira slabosti kako bi našla vlastiti smisao, zadržala maksimum autonomije snalazeći se u svojoj okolini te kako bi održavala pozitivne odnose s drugim ljudima. No i sama autorica ostavlja otvorena pitanja koja se odnose na to: koji su ključni procesi i ishodi potrebni da bi se opisalo i objasnilo mentalno zdravlje starijih; je li mentalno zdravlje stanje (neki ishod) ili proces (npr. strategija prilagodbe) te kako konceptualizirati odnos između procesa i ishoda; koji bi bili standardi za mentalno zdravlje; koji su bolji prediktori pozitivnih ishoda u starosti: mjere prilagodbe u određenim područjima ili mjere opće dobrobiti; koja bi bila uzročno-posljedična veza između faktora koji najneposrednije utječu na mentalno zdravlje i primarnih procesa mentalnog zdravlja.

1.2. Psihologija starije životne dobi

Dva su demografska obilježja vezana za dobnu strukturu svjetskog stanovništva okarakterizirala novije doba, a važna su i za budućnost: svjetsko stanovništvo sve je starije i udio starijeg stanovništva u populaciji u stalnom je porastu. U Europi i Hrvatskoj trenutačno osobe starije od 60 godina čine oko 20% stanovništva (Državni zavod za statistiku, 2011). Suočeni s takvom situacijom, brojni znanstvenici i stručnjaci bave se područjima vezanim uz starenje stanovništva iz jednako tako brojnih razloga: ekonomskih, medicinskih, urbanističkih, pravnih, prometnih,... Psihologiju starenje zanima također iz mnoštva razloga. Gotovo sve grane primijenjene psihologije oslanjaju se na spoznaje iz razvojne psihologije o tome što se događa s čovjekovim doživljavanjem i ponašanjem u funkciji dobi.

Određivanje populacije starijih osoba započinje s poteškoćom oko odabira kriterija. Gledajući čovjekov ontogenetski razvoj, različita razvojna razdoblja nejednako su precizno definirana. Što je razdoblje ranije, moguće ga je preciznije definirati – bilo u pogledu razvojnih obilježja koja su za to razdoblje karakteristična, bilo u pogledu dobi u kojoj se ta obilježja pojavljuju. Obilježja razvoja pritom se odnose kako na fizička, tako i na kognitivna, socijalna i emocionalna. Iako zasad samo fizički i fiziološki opisan, prenatalni čovjekov razvoj najbolji je primjer preciznog definiranja nekog razvojnog razdoblja. U tom se periodu jasno znaju vremenski odsječci u danima i tjednima u kojima se zbivaju određeni procesi razvoja. U postnatalnom razvoju različita razdoblja djetinjstva već su manje precizna – počinju se određivati u mjesecima i godinama. Za adolescentsko razdoblje, primjerice, biološki je početak očit, dok je završetak varijabilan. Odrasla dob još nejasnije prelazi u starost. Pri definiranju starosti moguće je poslužiti se većim brojem kriterija. *Kronološki*, na primjer, mnoge zemlje kao starije osobe određuju one koje imaju više od 60 godina (WHO, n. d. a). Prema *ekonomskom* kriteriju važna je dob odlaska u mirovinu na temelju koje se granica starosti postavlja znatno niže, a to je u mnogim zemljama oko 60.-65. godine. Na temelju *socijalnih* i *psiholoških* kriterija može se reći da je stara ona osoba koja procjenjuje da joj je „budućnost bez perspektive“ te kod koje izostaje konkretno zanimanje za svakodnevni život (Valsecchi, 2006). *Funkcionalni* kriterij uzima u obzir određeni stupanj opadanja sposobnosti i zdravlja osobe (npr. za rad, za brigu o sebi, itd.). Neka društva povezuju starenje s *ulogama* koje prate generacijske događaje u životnom ciklusu (npr. ženidba /udaja djece ili uloga bake ili djeda). Može se u obzir uzeti i *biološki* kriterij, koji je jasniji kod žena (menopauza) nego muškaraca (Perlmutter i Hall, 1992). Napokon, tu je i *individualni* kriterij – kao onaj koji svatko postavlja za sebe – koliko se osoba osjeća ili samoprocjenjuje starom, odnosno kako

druge osobe procjenjuje starima (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005). Istraživanja pokazuju da u većine ljudi postoji nesklad između stvarne životne dobi i osjećaja o vlastitoj dobi. Mlađi se ljudi češće osjećaju starijima, a stariji se ljudi osjećaju mlađima nego što jesu, u rasponu od jedne do petnaest godina, s time da su u starijima najveće razlike između stvarne životne dobi i one percipirane (Kaliterna-Lipovčan, 1998). S obzirom na psihološku i socijalnu dimenziju te tjelesnu aktivnost koja je bitna odrednica životnoga stila, brojna su istraživanja omogućila stvaranje svojevrstne tipologije starijih osoba na temelju koje se dijele u najmanje četiri skupine (Valsecchi, 2006):

- *Ne-stari* – skupina je osoba koja kronološku dob smatra samo anagrafskim podatkom, dobro se osjeća, aktivna je i potpuno uključena u socijalnu stvarnost. Po svojem je ponašanju izjednačena s populacijom mlađih osoba.
- *Aktivni stari* one su osobe koje imaju više od 60-65 godina i koje unatoč ponekoj smetnji vode aktivan život pun poticaja, interesa i socijalne uključenosti
- *Povučeni* su oni stariji ljudi koji priznaju i prihvaćaju da su stari, no ne čine od toga nikakav problem i pokušavaju okrenuti u vlastitu korist činjenicu da se više ne moraju natjecati u radnim ili profesionalnim aktivnostima, kao i činjenicu da su oslobođeni od obiteljskih i socijalnih dužnosti.
- *Marginalci* su skupina koju čine one osobe koje iz različitih razloga (loše zdravstveno stanje, niska primanja, obiteljska ili socijalna izolacija, nisko obrazovanje) odgovaraju tradicionalnoj slici stare osobe, odnosno osobe koja je tijekom godina sve manje sposobna samostalno se brinuti o sebi, družiti se i aktivno živjeti.

Da bi imali neke točke razgraničenja radi boljeg razlikovanja među starijim osobama, gerontolozi obično dijele osobe starije od 65 godina u tri skupine: mladi stari – u dobi od 65 do 74 godine; stari stari u dobi od 75 do 84 godine; te najstariji stari od 85 na dalje (Davison i Neale, 1999).

Heterogenost ili interindividualne razlike prisutne su tijekom cijelog života jer je svaki pojedinac izložen različitom biološkom nasljeđu i različitoj okolini. No kvantiteta i kvaliteta (raznolikost) utjecaja povećava se s dužinom života. Stoga je jasno da se ljudi međusobno najviše razlikuju u starijoj dobi, posebno uslijed utjecaja nenormativnih faktora, bilo povoljnih, bilo nepovoljnih (Perlmutter i Hall, 1992). Dobra ilustracija za to je teškoća u procjeni dobi. Što je osoba starija, za procjenu njezine dobi uzima se sve širi raspon, čak i do 30 godina. Tako, primjerice, osoba od 65 godina može izgledati kao da ima 50, 60, 70 ili 80 godina. Pritom se procjena može temeljiti na fizičkom izgledu, ali i sposobnostima, brzini obrade podataka, uključenosti u svijet rada, samodostatnom funkcioniranju itd.

Razvojnu psihologiju zanimaju promjene i konstantnosti duž cijelog čovjekovog životnog vijeka. Psihologija starije životne dobi propulzivno je područje istraživanja u zadnjih pedesetak godina. Spoznaje koje su danas dostupne u ovom području, s jedne strane potvrđuju očekivanja o tome što se događa u starijoj dobi, a s druge strane iznenađuju s otkrićima koja su posve suprotna očekivanjima. U prilog onim prvima idu rezultati koji pokazuju očekivanu dužinu životnog vijeka – dulju u žena nego u muškaraca, broj bolesti, tjelesno propadanje, opadanje kognitivnih funkcija (brzine obrade,...). Podaci koji, pak, iznenađuju oni su koji pokazuju da broj bolesti i ne raste u tolikoj mjeri kolika se očekuje, da se razlike među spolovima u prosječnoj očekivanoj dužini života smanjuju u uznapređovaloj životnoj dobi (tzv. fenomen recipročne izmjene, eng. *crossover*) (Berk, 2008), da je ipak moguća neurogeneza (u olfaktornom bulbusu i hipokampusu) u odrasloj i starijoj dobi (Klempin i Kempermann, 2007).

U velikoj mjeri spoznaje iz psihologije starije dobi oslanjaju se na spoznaje o starenju iz biologije. U biologiji se starenje definira kao skup postupnih promjena organizma u poodmakloj životnoj dobi koje rezultiraju suboptimalnim fiziološkim funkcijama stanica što u konačnici dovodi do smrti. Proces starenja, zapravo, počinje vrlo rano, već *in utero*, a manifestne se promjene organizma uočavaju u dobi od oko četrdeset godina (Duraković, 1990). Tu se ubrajaju genetski utjecaji (otpornost, sklonost bolestima, dužina života) i stanični procesi koji u biološkom smislu karakteriziraju starenje (oštećivanje DNK i stanica, skraćivanje telomera) (Berk, 2008; Epel, 2009; Rubelj, 2010).

Osim bioloških, ulogu imaju i okolinski utjecaji. U starijoj dobi, naime, „na naplatu“ dolaze životni stilovi iz prethodnih životnih razdoblja (Aldwin i sur., 2007; Klempin i Kempermann, 2007). Pokazatelji iz istraživanja blizanaca pokazuju da nakon 75. ili 80. godine doprinos biološkog naslijeđa duljini života opada u korist okolinskih faktora (Berk, 2008). Tako u starijoj dobi, primjerice, navike hranjenja, kretanja, vježbanja, konzumiranja raznih kemijskih supstanci (alkohola, cigareta, droga, lijekova...), izloženost stresu, koje su ranije prakticirane ili nisu prakticirane, pokazuju posljedice koje se u ranijim godinama nisu manifestirale. Taloženje po organizam štetnih navika, tako, ubrzava procese starenja, dok ih zdrave navike usporavaju. U starijoj dobi, kada imunostni sustav ima tendenciju slabljenja, učinci stresa posebno su jaki i pogoršavaju učinke starenja. Štoviše, zbog ostalih učinaka starenja, poremećaji u imunostnoj regulaciji kod starijih osoba povezani su češće i ozbiljnije s kliničkim teškoćama i smrti (Graham, Christian i Kiecolt-Glaser, 2006).

Dugačak život znak je dobrog zdravlja (WHO, n. d. b). Ljudski život može maksimalno doseći 120 godina, no to se rijetko događa. Ono što se događa je da se očekivano trajanje života stalno povećava. U Japanu, zemlji s najdužim prosječnim životnim vijekom, zabilježen je konstantni porast od 3 mjeseca godišnje za žene u posljednjih 160 godina (Oeppen i Vaupel, 2002).

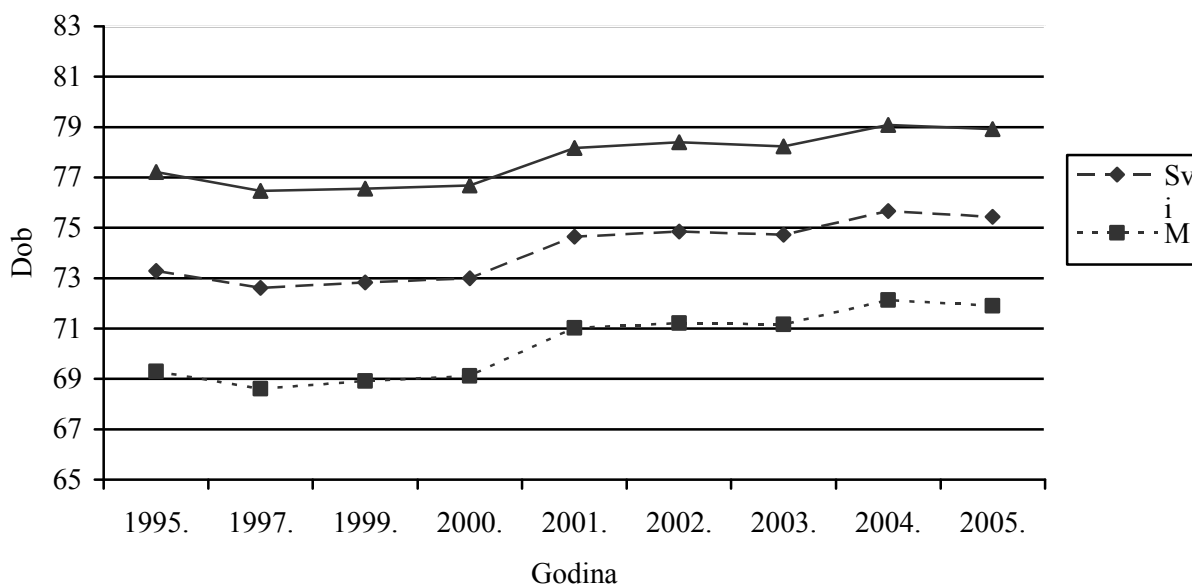
Za dugi život potrebni su mnogi preduvjeti kao što su gensko predodređenje (otkriće lokusa na 4. kromosomu), zdravi čimbenici okoliša, dobre životne navike (mediteranska prehrana, nepušenje, nepijenje alkoholnih pića, redovito spavanje, redovita tjelesna i psihička aktivnost), snažan osjećaj životnog smisla te dostupnost i učinkovitost zdravstvene zaštite uz primjenu geroprofilakse. Za dugovječnost je nužna primjena pozitivnog zdravstvenog ponašanja u prevenciji rizičnih čimbenika bolesnog starenja (Tomek Roksandić i sur., 2009). Duljina života, prema tome, može biti promijenjena vanjskim faktorima (ishranom ili životnim stilovima) koji djelomično kompenziraju ograničenja u somatskom održavanju (npr. mehanizama popravka) do kojih dolazi uslijed ograničene optimizacije gena nakon reproduktivne dobi (Kirkwood, 2005). Kod najstarijih starih nekoliko poznatih prediktora smrtnosti, kao što su sociodemografski faktori, pušenje i pretilost, gube svoju važnost, a smrtnost predviđaju visoka razina nesposobnosti, slabe fizičke i kognitivne sposobnosti te slabo samoprocijenjeno zdravlje (samo kod žena), što pokazuje da smrtnost u najstarijoj staroj dobi nije stohastički proces. Rizični faktori mjereni u starijoj dobi nužno ne odražavaju cjeloživotno izlaganje tim faktorima (Nybo i sur., 2003).

No do porasta u prosječnoj duljini života došlo je i zbog pada u mortalitetu djece i mladih odraslih, što bi značilo da se duljina života nije povećala općenito, nego da je manje onih koji umiru mlađi (Freund i sur., 2009).

Budući da predstavljaju najbrže rastući udio u populaciji, najstariji stari sve su češće sudionici istraživanja. Iako je malo podataka dosad prikupljeno na najdugovječnijima, oni pokazuju da je značajan broj najstarijih starih ljudi zdraviji i kognitivno u boljem stanju nego mnogi ljudi u osamdesetim i ranim devedesetima. Pretpostavlja se da su neki ljudi osobito otporni na poremećaje koji oslabljuju i doprinose smrtnosti većine ljudi prije 90. godine (tzv. fenomen preživljavanja najsposobnijih). Zahvaljujući toj otpornosti, oni ne samo da nadživljuju ostale, nego i žive relativno slobodno od teškoća te su samo kratko pred smrt u vrlo teškom stanju. Geni vjerojatno pomažu odrediti dva povezana svojstva koja utječu na starenje: adaptivnu sposobnost (sposobnost da se pobijedi bolest ili ozljeda ili da se nosi s njom) i funkcionalne rezerve (koliko je nekom organu potrebno za njegovo adekvatno djelovanje) (Perls, 2004). Nesposobnost i funkcionalna ograničenja nisu nužno rizični faktori

sami po sebi. Oni mogu odražavati i trenutačne resurse i adaptivne kapacitete, a vjerojatno odražavaju i opterećenje bolešću i komorbiditet. Nesposobnost u najstarijih starih predstavlja međuzavisnost slabljenja nekih funkcija povezanih sa starenjem (npr. slabljenje mišićne mase i funkcije pluća) te sjedilačkog načina života i kroničnih degenerativnih stanja (npr. artritis i ateroskleroza). Neke od tih faktora moguće je promijeniti, pa intervencije mogu poboljšati ne samo preživljavanje, nego i kvalitetu življenja (Nybo i sur., 2003).

Do 2050. godine oko 80% smrti očekuje se da će se dogoditi osobama starijim od 60 godina. Potrošnja novca u zdravstvene usluge povećava se s dobi i koncentrirana je u posljednju godinu života, no što osoba umire starija, to je manje troškova koncentrirano u taj period. Odgađanje dobi u kojoj nastupa smrt, kroz zdravo starenje, u kombinaciji s prikladnim politikama skrbi vezanim za kraj života, može voditi velikim financijskim uštedama (WHO, n. d. c).



Slika 1. Očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj za razdoblje 1995.-2005. godine
Izvor: *Zdravlje za sve* - baza podataka SZO, Svjetska zdravstvena organizacija, prema Rodin i Belić, 2010

Podaci za Hrvatsku, koji zahvaćaju period u kojem je rađeno ovo istraživanje, prikazani su na *Slici 1* i u *Tablici 1*. Vidi se da je očekivano trajanje života produženo, te da je porastao koeficijent starosti i indeks starenja.

Tablica 1
Koeficijent starosti¹ i indeks starenja² u Hrvatskoj (Tomek Roksandić i sur., 2009)

Godina	Koeficijent starosti			Indeks starenja		
	Ukupno	Žene	Muškarci	Ukupno	Žene	Muškarci
1953.	10.3	11.6	8.8	27.9	33.8	22.2
1961.	11.8	13.3	10.1	34.3	41.1	27.7
1971.	15.0	16.9	12.9	47.2	56.2	38.5
1981.	15.0	17.6	12.1	52.6	65.3	40.4
1991.	17.7	21.0	14.3	66.7	83.3	50.8
2001.	21.6	24.9	18.1	90.7	110.8	71.6
2008.	22.4	25.7	19.0	105.2	127.8	83.6

¹ Koeficijent starosti = postotni udio osoba starih 60 i više godina u ukupnom stanovništvu

² Indeks starenja = postotni udio osoba starih 60 i više godina u odnosu na stanovništvo mlađe od 20 god.

Osnovni je demografski pokazatelj starosti stanovništva jedne zemlje ili područja indeks starenja. On pokazuje brojčani odnos starijeg i mladog stanovništva, a gledano u vremenskom slijedu pokazuje veličinu procesa starenja populacije. Granična (kritična) vrijednost ovog indeksa je 40%, kada se smatra da je stanovništvo jedne države ili određenog područja zašlo u proces starenja. Indeks starenja hrvatskog pučanstva u 2005. godini iznosio je 99.6% te je bio više nego dvostruko veći od kritične vrijednosti; 2001. godine bio je 90.7%, dok je 1991. iznosio 66.7% što je porast od 34% i ukazuje na ubrzani proces starenja našeg stanovništva (Tomek Roksandić i sur., 2009).

Neki autori (Baltes i Baltes, 1990, prema Honn Qualls, 2002) razlikuju normalno, optimalno i patološko starenje. Normalno se odnosi na starenje bez biološke ili mentalne patologije. Optimalno se odnosi na svojevrсну utopiju – starenje u uvjetima u kojima se razvojno obogaćuje, a okolina ima pozitivan stav prema starima. Patološko starenje ono je koje uključuje medicinsku etiologiju i sindrome bolesti (npr. Alzheimerovu demenciju).

Produljenje u životnom vijeku postiglo se smanjenjem, onemogućavanjem i odgađanjem gubitaka koji su se uobičajeno vezali za starenje. U usporedbi s mlađom dobi, razvoj u starijoj dobi obilježava pomak u smjeru više gubitaka i manje dobitaka. Neki resursi, kao što su fizička snaga, zdravlje, senzorna oštrina, sposobnost za izvođenje paralelnih zadataka i funkcionalna mozgovna efikasnost opadaju s dobi (Lindenberger, Lövdén, Schellenbach, Li i Krüger, 2008). Mnogi kognitivni procesi opadaju s dobi slično u različitim kulturama, čime potvrđuju univerzalnost kognitivnog starenja. Istodobno, međutim, izgleda da kultura modulira neurokognitivno starenje, što su pokazale razlike u aktivaciji mozgovnih područja za obradu objekata između starijih osoba u Aziji i zapadnih kultura (Park i Gutches, 2006). Neke sposobnosti ostaju stabilne s dobi, kao npr. implicitno pamćenje (Ballesteros,

Nilsson i Lemaire, 2009). Što se dobitaka tiče, starije osobe mogu nastaviti stjecati, na primjer, društveni status, materijalna sredstva, znanja, stručnost, verbalne sposobnosti (Lindenberger i sur., 2008).

Osim manifestiranja različitih sposobnosti u starijoj dobi, u usporedbi s mladošću, zanimljiva su očekivanja koja se vežu uz stariju dob. Znatno broj starijih ljudi nastavlja imati aktivan životni stil koji doprinosi njihovoj dobrobiti i mnogi ljudi imaju razna očekivanja vezana uz dob (koliko biti aktivan, koliko povučen). Međutim, što je to što se očekuje od starije osobe i nije posve jasno. Relativan nedostatak društvenih očekivanja za starije, s obzirom na ciljeve za koje se očekuje da postave i ostvare, možda proizlazi iz činjenice da je potrebno vrijeme da bi se razvile društvene norme. Baš kao institucije, i društva zaostaju u mijenjanju prilika u svojim strukturama da bi se prilagodila demografskim promjenama. Dakle, povijesno gledajući, stara dob prilično je nova pojava koja se događa sve većem broju ljudi, pa vjerojatno treba više vremena da bi se razvile takve norme i očekivanja za dobno prikladne zadatke i norme (Freund i sur., 2009).

1.2.1. Specifičnosti istraživanja u psihologiji starenja

Istraživanja psihičkih procesa osoba starije dobi nisu lišena zajedničkih metodoloških problema koji postoje u ostalim razvojnim razdobljima ili znanstvenoj psihologiji općenito. Tako, na primjer, sa znanstvenom psihologijom dijele pitanja vezana za (ne)postojanje teorijske osnove (npr. teorije o starenju), zatim poteškoće u nalaženju adekvatne kontrolne skupine za usporedbu s eksperimentalnom, poteškoće u uopćavanju rezultata pojedinačnog istraživanja, statistička iskrivljenja,... Specifičnije, s razvojnom psihologijom zajedničko je ispitivanje pojava koje nisu nepromjenjive, nego se mora voditi računa o promjenama tijekom vremena. A osim tih, istraživanja starih imaju i neke svoje specifičnosti (Schaie i Willis, 2001).

Kako zajednički, tako i specifični problemi i pitanja mogu se sagledavati kroz teme: uzorak, problemi mjerenja te ispitivanje promjena i metode istraživanja.

1.2.1.1. Uzorak

Unatoč postojanju širokih uvida u to da stari ljudi manje od ostalih razvojnih skupina odgovaraju jasnim kronološkim granicama, zapravo u istraživanjima starijih osoba dob se najviše uzima kao kriterij.

Kada se i odredi kriterij za populaciju starih ili starijih osoba, sljedeći metodološki izazov je *heterogenost populacije*. Kao što je također već spomenuto, količina i raznolikost utjecaja okoline povećavaju se s dužinom života. Razlike su toliko velike da usmjeravanje na tipična obilježja i prosjeke može iskriviti stvarnu sliku starenja (Kaliterna Lipovčan, 2004; Dannefer, 1988, prema Perlmutter i Hall, 1992). Ne samo da se razlikuju međusobno, starije se osobe razlikuju više nego pojedinci u bilo kojoj drugoj dobnoj skupini (Davison i Neale, 1999). Raznovrsnost životnih iskustava starijih pojedinaca, doprinoseći heterogenosti populacije, istodobno metodološki onemogućuje korištenje kontrolnih – usporednih skupina. Stoga se u istraživanjima može koristiti samo manji broj relevantnih varijabli koje izjednačuju starije sudionike istraživanja, nego što je to slučaj s mlađima. Premda nikada nije u potpunosti moguće imati ekvivalentne sudionike u usporednim skupinama, ovaj metodološki problem dodatno čini složenijim i činjenica da je starijih osoba (još uvijek) u populaciji manji broj, a heterogenost je veća.

Specifičnost istraživanja starijih osoba nužno zahvaća pitanje razvoja nekog obilježja, odnosno njegovog mijenjanja kroz životnu dob. Dakle, isto obilježje (npr. crta ličnosti) možda se mijenja kod iste osobe ili ne znači isto u različitim životnim razdobljima. Na primjer, kada se govori o dimenziji introverzija – ekstraverzija, istraživanja pokazuju da se ta dimenzija ličnosti s dobi više približava introvertiranom dijelu raspona. Što se iz toga može zaključiti? Da postoje *intraindividualne razlike* koje su vezane s dobi ili da ostarjeti uspijevaju oni koji postaju sve introvertiraniji? Većina istraživanja u području kontinuiteta i promjena ličnosti usmjeravala se na demonstriranje stabilnosti ili promjena, odnosno procjenu statističke značajnosti opaženih efekata. No, neki se ljudi mijenjaju više, a neki manje. Prvorazredno je teorijski i praktično važno povezivanje opaženih promjena ličnosti u pojedinaca s nekim drugim varijablama, primjerice s promjenama u okolini kojoj su pojedinci izloženi, važnim životnim događajima ili stresnim iskustvima itd. Promjene ličnosti mogu se povezati i s genetskom konstitucijom pojedinca te se tako može ispitivati hipoteza o genetskom prinosu promjenama ličnosti. Ako je ta hipoteza održiva, genetski sličniji pojedinci trebali bi se mijenjati na sličniji način (Plomin i Nesselroade, 1990).

Jedna od specifičnih metodoloških tema vezanih za istraživanje starih je *selekcijiranost populacije*, odnosno *selektivni mortalitet* (Davison i Neale, 1999). Premda je sasvim logično da populaciju starih čine stari koji su doživjeli određenu dob ili koji odgovaraju nekom drugom kriteriju (ne jedino vezanom uz dob), specifičnost ove populacije je da ona nosi najveću stopu mortaliteta. Stoga je pitanje – kakve su to osobe koje su uspjele doživjeti starost? Imaju li oni neka posebna obilježja u odnosu na one koji nisu uspjeli ostarjeti? Bilo zbog smrtonosnih bolesti, nesreća ili nepovoljnih životnih uvjeta. Dakako da mehanizmi prirodne selekcije djeluju od začeca svakog živog bića. To ostavlja pitanje što bi se dogodilo s nekim obilježjima ljudi da su ostali živi.

Uobičajeni problem longitudinalnih istraživanja vezan uz *osipanje uzorka*, kod starijih ispitanika dodatno se otežava. Naime, uz problem osipanja broja ispitanika uslijed smrti, kod starijih se sudionika istraživanja mogu očekivati komplikacije i prestanak sudjelovanja u istraživanju uslijed bolesti i onemoćalosti. Kod mlađih osoba češći razlozi odustajanja vežu se više uz preseljenje, migracije ili nezainteresiranost u daljnjem tijeku istraživanja, dok su bolesti ili smrt manjim dijelom uzrok odustajanja. Posljedica osipanja je da će uzorak biti reprezentativan samo u prvom vremenu mjerenja, a mogućnost generaliziranja rezultata na čitavu populaciju ograničena (Despot Lučanin, 2003). Zaključci o promjenama i uzročnim procesima mogu biti dvojbeni ako se mortalitet i selekcija ne uzmu u obzir (Birren i Schaie, 2001).

Što su ispitanici stariji, nužno se javlja problem *porasta patoloških stanja*, a na istraživaču je odluka o tome kako će ih tretirati. Jedna od mogućnosti je da se iz istraživanja isključe svi ispitanici s nekim patološkim procesom, a druga je mogućnost da se ta pojava prihvati kao neminovna u procesu starenja (Despot Lučanin, 2003). Uobičajena uputa da se iz psiholoških istraživanja normalnih procesa isključe ispitanici koji pate od bolesti, može izazvati probleme u uzorku starijih ispitanika koji neće više biti reprezentativan. Kumulativni učinci patoloških procesa uočavaju se kod gotovo svih osoba u procesu starenja, pa u prosjeku osobe starije od 65 godina imaju više od 3 kronične bolesti (Schaie i Willis, 2001). Stoga je vjerojatno uzaludno tražiti procese na koje se nije odrazila baš nikakva patologija te u njima opažati normalne dobne promjene. Korisnije je, dakle, pokušati istražiti odnos između patologije u određenoj dobi s varijablama koje se istražuju (Despot Lučanin, 2003).

Gledano iz šire, svjetske perspektive, očekivani udio starog stanovništva i *migracije* zahtijevaju nove konceptijske okvire i istraživačke pristupe koji su osjetljivi na sličnosti i razlike u procesima vezanim uz starenje koji prelaze granice nacionalnih, etničkih i kulturnih grupa. Ovi modeli i pristupi istraživanja trebali bi doprinijeti razlikovanju „starenja-u-mjestu-

porijekla“ od „starenja-izvan-mjesta-porijekla“ i utjecaja faktora kao što su nacionalnost, ponašanja vezana uz kulturu, akulturacija i unutarobiteljski procesi na unutar i međudržavne usporedbe procesa vezanih uz starenje (Jackson, 2002).

I konačno, svako istraživanje starijih osoba zapravo je, zbog svih navedenih obilježja, nužno *multidimenzionalno*. Da bi se utvrdilo početno stanje starije osobe u psihološkom ispitivanju, potrebno je izmjeriti raspon funkcionalne sposobnosti starije osobe. Takvo je mjerenje nužno multidimenzionalno i uključuje stanje tjelesnoga zdravlja, psihičko i kognitivno funkcioniranje, stresne događaje, način suočavanja, sustav socijalne podrške, moral i dobrobit, posebnosti dnevnog života i prilagodbene sposobnosti. Korisno je također imati i podatke o stanju ispitanika u ranijoj dobi radi bolje procjene procesa promjene u starosti i korelata bolesti (Despot Lučanin, 2003).

1.2.1.2. Problemi mjerenja

Pitanja vezana uz istraživanje i mjerenje razvojnih promjena, pa tako i promjena u starijoj dobi uključuju uobičajena psihometrijska područja pouzdanosti i valjanosti mjerenja.

Dok se o statističkoj vjerojatnosti da je došlo do promjena još i može zaključivati na temelju transverzalnog i krosekvencijalnog nacrt, za mjerenje promjena na individualnoj razini nužna su ponovljena mjerenja. Mjerenje promjena mnogo je preciznije ako postoji više od dvije točke mjerenja. Osim pristupa koji promjenu između dvije točke mjerenja izvodi iz razlike između ta dva mjerenja, u istraživanju promjena koristi se i pristup koji se zasniva na regresiji, odnosno mogućnosti predviđanja rezultata u drugoj vremenskoj točki na temelju rezultata u prvoj. Ghiselli (1960, prema Bratko, 2002) predlaže uporabu individualne devijacije od regresijske crte kao mjere prediktabilnosti individualnih promjena. Prednost je tog pristupa što se može koristiti i kad su upotrijebljeni različiti mjerni instrumenti u različitim vremenskim točkama. Međutim, uz uporabu regresijskog pristupa vežu se i neke poteškoće. Kako je pogreška mjerenja alocirana u rezidualnoj komponenti, pouzdanost rezidualnih rezultata nije ništa veća od pouzdanosti spomenute razlike između dva mjerenja. Još se veći problem veže uz asimetričnost rezidualnih rezultata, ovisno o smjeru predikcije. Naime, rezidualni rezultati razlikovat će se ovisno o tome predviđa li se na temelju prve vremenske točke rezultat u drugoj točki mjerenja, ili obrnuto, što nije logično. Jednako kao što je udaljenost od točke A do točke B jednaka, bez obzira na smjer kretanja, niti smjer predikcije u mjerenju promjena regresijskim pristupom ne bi trebao mijenjati rezultate pojedinca na varijabli „promjena“. No, to nije tako. Stoga većina istraživača drži da je izravan

pristup mjerenju promjena (razlika između dva mjerenja) bolji i da ga treba pretpostavljati regresijskom pristupu (Bratko, 2002).

Problemi razvojnih istraživanja vrlo često proizlaze iz mjernih instrumenata koji se u njima rabe. Upotreba upitnika, na primjer, nije jednako primjerena u svim razvojnim razdobljima. Stoga se većina istraživanja koja su provedena pomoću različitih upitnika ličnosti odnosi na kontinuitet i promjene u adolescenciji i odrasloj dobi. Uz upotrebu upitnika vežu se i neke druge poteškoće. Naime, upitnici se razvijaju tako da se zadržavaju one čestice za koje je moguće demonstrirati zadovoljavajuću, doduše kratkoročnu, test-retest stabilnost. Ipak, uporaba faktorski čistih i pouzdanih instrumenata, koji su primjenjivi na ispitanicima od adolescentne do odrasle dobi, omogućuje bolje statističke pretpostavke za demonstriranje stabilnosti nego za demonstriranje promjena (Bratko, 2002).

Izbor tehnika i primjena specifičnog statističkog modela mora imati temelje i mora odražavati teorijsku prirodu razvojnog fenomena i svojstva nacrtu koji je odabrao ispitanike, varijable i kontekst empirijskoga promatranja. Naglasak u novijoj literaturi stavlja se pretežno na pitanja statističkih metoda procjene intraindividualnih promjena, što rezultira sve većom primjenom tehnika kao što su modeli više razina (eng. *multilevel methods*) na podacima longitudinalnih istraživanja. Ali osim tih, ima i novih metoda koje još nisu u široj primjeni, a koje mogu učiniti radikalne promjene u shvaćanju dinamike promjena u odrasloj dobi (Hertzog i Nesselroade, 2003).

Jedna od uobičajenih zamjerki rezultatima mjerenja razvojnih promjena je da se pogreška mjerenja testom primijenjenim u dva navrata umnožava pa su rezultati mjerenja promjene manje pouzdani nego rezultati mjerenja dobiveni svakom pojedinačnom primjenom testa. Naročito se pokazuje težnja k regresiji rezultata prema aritmetičkoj sredini (visoki rezultati u prvom mjerenju postaju niži u drugom, a niži rezultati postaju viši). Neki metodolozi tvrde da taj problem postaje manje ozbiljan ako se promjena mjeri u više od dva navrata (Nesselroade, Stigler i Baltes, 1980, prema Schaie i Willis, 2001). Drugi tvrde da možda ne bi trebalo promatrati grupne razlike u dva mjerenja, već radije proučavati individualne profile promjena kroz višekratna mjerenja, često nazvane „krivuljama razvoja“. Tada bi se moglo grupirati pojedince u tipove koji pokazuju slične obrasce promjena tijekom vremena, a zatim pronaći prediktore koji daju informacije o razlozima zbog kojih se ti obrasci promjene razlikuju među pojedincima (Willet i Sayer, 1994, prema Schaie i Willis, 2001).

U odabiru čestica mjernog instrumenta, nužno je provjeriti imaju li čestice jednaki smisao za sve dobne skupine odraslih ljudi. Neki jezični izrazi, naime, možda nemaju isti smisao u različitim generacijama ljudi, a moguće su i generacijske razlike u davanju socijalno

poželjnih odgovora. Budući da bolest u starosti povećava varijabilitet u rezultatu pojedinih čestica u mjernom instrumentu, korisno je znati unutarnju konzistenciju za skupine osoba s određenom dijagnozom bolesti. Konačno, iako mjerni instrumenti s većim brojem čestica obično imaju veću pouzdanost, potrebno je uzeti u obzir dužinu mjerenja i umor ispitanika te razmotriti mogućnost korištenja kraćih mjernih instrumenata (Kaszniak, 1990, prema Despot Lučanin, 2003).

Stariji ljudi vrlo su osjetljivi na zadatke ili pitanja koja ih čine djetinjastima ili nesposobnima. Naročito su osjetljivi oni stariji ljudi koji su svjesni da pate od nekih kognitivnih teškoća. Kad se neki mjerni instrument, koji je izrađen za ispitivanje mladih dobnih skupina, koristi za ispitivanje starijih ljudi, potrebno je pažljivo razmotriti njegovu *facijalnu* valjanost (Kaszniak, 1990, prema Despot Lučanin, 2003).

Jedan od problema istraživanja u odrasloj dobi je to što nema jamstva da će isto opažanje ili test valjano predstavljati isti konstrukt u širokom rasponu dobi. U određivanju *konstruktne* valjanosti, nužan je oprez u tumačenju koji određeni zadatak mjeri koji hipotetski psihički proces ili konstrukt, npr. u starijih osoba, mjeri li sposobnosti ili bolest (Kaszniak, 1990, prema Despot Lučanin, 2003). Konstruktna valjanost nekog ponašanja može se mijenjati s dobi. Vrlo je vjerojatno da se iste crte ličnosti izražavaju različito u pojedinaca različite dobi. Na primjer, sasvim je sigurno da se agresivnost djece drukčije izražava od agresivnosti starijih. To znači da isti mjerni instrumenti ne moraju biti jednako primjereni za mjerenje istih osobina ličnosti u različito starih pojedinaca (Bratko, 2002). Jedno od rješenja je korištenje konfirmatorne faktorske analize za provjeru odnosa između opaženih rezultata i njihovih latentnih konstrukata. Tako je npr. utvrđeno da je podtest ponavljanja brojeva u WISC-u povezan s općim faktorom sposobnosti u mlađoj odrasloj dobi, ali s faktorom sposobnosti pamćenja u starijoj dobi (Cohen, 1957, prema Schaie i Willis, 2001).

Za problem *vanjske* valjanosti, odnosno generaliziranja rezultata kroz dob i vrijeme, potrebno je obratiti pozornost na činjenicu da se populacije mijenjaju tijekom vremena i da se, kadgod postoji uzorak osoba različite dobi, zapravo radi o pojedincima koji pripadaju različitim populacijama (Nesselroade, 1988, prema Schaie i Willis, 2001). Drastični pomaci u razini naobrazbe, zaposlenosti, prihodu te značajkama pokretljivosti kroz generacije koje slijede jedna drugu zapravo djeluju na svako ponašanje. S te točke gledanja, ne postoji niti jedna referentna populacija nego implicitna potpopulacija koja se razvija na heterogene načine uslijed normativnih i nenormativnih utjecaja na razvojne promjene (Hertzog i Nesselroade, 2003). Prema tome, svaka studija koja točno izjednačuje ove značajke kroz dobne skupine istovremeno će uvesti iskrivljenja u onom stupnju u kojem su poduzorci

reprezentativni za svoju generaciju. Slično tome, već je spomenut problem kontrole patoloških stanja (Schaie i Willis, 2001). Tipične statističke metode pretpostavljaju homogenost razvojnih funkcija, tj. da se ista razvojna funkcija može primijeniti na sve članove populacije, a varijabilnost među pojedincima može biti samo unutar vrijednosti specificiranog parametra (npr. veličina razine i oblika parametra). Heterogenost razvojnih funkcija dopušta se samo u rasponima koji su definirani jednadžbama parametara, uključujući i ona variranja koja se predviđaju u promjenama. Međutim, taj dopušteni stupanj heterogenosti nije uvijek dovoljan da bi se prikladno opisale i objasnile individualne razlike koje se vežu uz promjene kroz vrijeme. Nasuprot tome, pristupi orijentirani na pojedince u istraživanjima razvoja i promjena, pokušavaju na empirijski način prepoznati podgrupe osoba koje dijele zajednički razvojni put. Proučavanjem razlika u tim razvojnim putovima i identificiranjem korelata i prediktora, nadaju se izgradnji sustava koji će objasniti razlike u razvojnim ishodima (Hertzog i Nesselroade, 2003). Rezultati longitudinalnih studija provedenih u jednoj socijalnoj sredini ne mogu se jednostavno generalizirati na sve ostale socijalne sredine. Također je potrebno kritički odabrati varijable, pojmove i psihološke mjerne instrumente tako da budu od značaja za određenu socijalnu sredinu, ali imajući na umu mogućnost sličnog istraživanja i u drugoj sredini (Wenger, 1991, prema Despot Lučanin, 2003).

1.2.1.3. Ispitivanje promjena i metode istraživanja

Odrasla dob pokriva dvije trećine životnog vijeka, a promjene su prvenstveno određene socijalnim čimbenicima, a znatno manje biološkim (Schaie i Willis, 2001). Zbog toga transverzalne studije razvoja u odrasloj dobi ne mogu odijeliti učinke dobi od generacijskih razlika – vremenski je raspon znatno duži, a varijabilitet socijalnih čimbenika puno je veći od varijabiliteta bioloških čimbenika nego u studijama dječjeg razvoja. Zato su longitudinalne studije u proučavanju razvoja odraslih osoba puno važnije i potrebnije nego u proučavanju dječjeg razvoja (Schaie i Willis, 2001).

Istraživanja starenja moraju uzeti u obzir djelovanje tri temeljne varijable na proces promjene: dob, generaciju ispitanika (kohortu) i okolinske utjecaje u vrijeme mjerenja. Dok je dob varijabla od interesa u istraživanju starenja, bilo koja od druge dvije varijable, ili obje, mogu djelovati na starenje ispitanika, razlike između pojedinaca i grupa te na promjene tijekom vremena. Tri navedene temeljne varijable određuju *učinke dobnih promjena*, *generacijske učinke* i *učinke vremena mjerenja*. Da bi se proces starenja, u smislu promjena s

porastom dobi osobe, mogao proučavati neovisno od ostalih utjecaja, potrebno je u nacrtima istraživanja odijeliti učinke dobnih promjena od učinaka generacije (kohorte) i učinaka vremena (točke mjerenja) (Lemme, 1995, prema Despot Lučanin, 2003).

Problem koji drugi istraživači nemaju počinje s osnovnom razlikom između *dobne promjene* i *dobne razlike*. Često se može dogoditi da su predmet istraživanja dobne promjene (što se zbiva kako ljudi stare), ali dostupni su samo podaci istraživanja o dobnim razlikama (gdje se uspoređuju sposobnosti različitih dobnih skupina) (Schaie i Willis, 2001). Dob nije individualno obilježje koje se može eksperimentalno manipulirati. Ona je, u najboljem slučaju samo kvazi-nezavisna varijabla (Li i Schmiedek, 2002). Dob može samo djelomično zahvatiti izravnu funkcionalnu povezanost između seta endogenih (i/ili egzogenih) uvjeta i promatranih razvojnih promjena i promjena vezanih za starenje. Ona *ne nudi* objašnjenja. Sama dob je varijabla bez sadržaja. Ne mijenjaju se ljudi zbog protoka vremena, već zbog procesa koji se u tom vremenu odvijaju. Budući da se ti procesi najčešće ne mogu izravno mjeriti, dob se mjeri u nadi da korelira s maturacijskim procesima. Nažalost, u istraživanjima usmjerenima na pronalaženje maturacijskih promjena efekti dobi ili starosti nužno se miješaju s efektom kohorte ili efektom točke mjerenja (Bratko, 2002).

Jedno od teorijskih pitanja s kojim se susreću istraživanja razvoja je: „Što je promjena, a što kontinuitet ili stabilnost ličnosti“? Neka se kvantitativna karakteristika, pa tako i neka osobina ličnosti, može jako promijeniti u svih pojedinaca u populaciji, a istodobno individualne razlike mogu ostati potpuno stabilne. Primjerice, agresivnost se može smanjivati u funkciji starenja (što je pokazatelj promjena), a istodobno individualne razlike mogu ostati manje-više nepromijenjene (što je pokazatelj stabilnosti). Iz navedenoga jasno proizlazi da termini „kontinuitet“ odnosno „stabilnost“ i „promjena“ nisu jednoznačni (Caspi i Bem, 1990, prema Bratko, 2002).

Metodološki, nacrti istraživanja starih ljudi mogu biti transverzalni, longitudinalni i sekvencionalni (Despot Lučanin, 2003).

Transverzalne studije proučavaju istovremeno nekoliko dobnih skupina ispitanika. Tako se vrijeme mjerenja drži konstantnim. Ovakav nacrt istraživanja daje podatak o dobnim razlikama, tj. opisuje, ali ne objašnjava razlike između dobnih skupina, odnosno različitih generacija. Na primjer, izmjeri se funkcionalna sposobnost skupina ispitanika od 30, 40, 50, 60, 70 i 80 godina i utvrde se razlike među njima. Prednosti transverzalnih istraživanja su kratkotrajnost i manji troškovi, bez osipanja ispitanika. Nedostatak ovakvih istraživanja je nemogućnost odvajanja dobnih učinaka od učinaka kohorte, što postaje očigledno uspoređivanjem rezultata transverzalnih i longitudinalnih istraživanja. Neki autori predlažu da

se taj nedostatak ispravi korištenjem uskih sekvencijskih kohorti u istraživanjima (Hofer i Sliwinski, 2001).

Longitudinalne studije prate jednu dobnu skupinu ispitanika kroz duže vremensko razdoblje, ponavljajući mjerenja u određenim vremenskim odsječcima. Ovakvim nacrtom istraživanja proučavaju se dobne promjene. Na primjer, skupinu 20-godišnjaka prati se kroz njihov životni vijek, mjereći njihovo tjelesno i psihičko zdravlje svakih 10 godina. Prednosti longitudinalnih studija predstavljaju uvid u individualne promjene tijekom vremena i razlike u starenju između pojedinaca. Nedostaci su: dugotrajnosti, veliko osipanje uzorka ispitanika koji prestaje biti reprezentativan, skupoća, zastarijevanje mjernih instrumenata. Procjene longitudinalnih promjena mogu biti oslabljene i uslijed poboljšanja koja nastaju zbog ponovnog testiranja i potencijalno traju kroz duže vremenske intervale, što se naziva efektom retesta (Birren i Schaie, 2001). Ozbiljan nedostatak je i nemogućnost odvajanja dobnih učinaka od učinaka vremena mjerenja jer se možda razlika u rezultatu može pripisati nekoj društvenoj promjeni koja se dogodila između neka dva vremena mjerenja.

Usporedbe između transverzalnih i longitudinalnih istraživanja pokazuju prilične razlike za iste funkcije. Primjerice Rönnlund, Nyberg, Bäckman i Nilsson (2005) pokazali su gotovo linearan pad od 35. do 85. godine za epizodičko pamćenje na osnovi transverzalnog ispitivanja s dobrom kontrolom za efekt kohorte. U longitudinalnom istraživanju, s dobrom kontrolom za efekt kohorte i efekt retesta, međutim, tijekom rezultata bio je sasvim drugačiji. Rezultati pamćenja bili su stabilni od 35. do 65. godine nakon čega je slijedio pad do 85. godine. Jedino što je zasad poznato jest da se za kognitivnu brzinu slični rezultati dobivaju u transverzalnim i longitudinalnim istraživanjima. Međutim, problem longitudinalnih istraživanja je i selektivni mortalitet sudionika, što stvara pristranost jer će se najnesposobniji pojedinci osipati iz uzorka, što rezultate ovih istraživanja može činiti previše optimističnima (Davison i Neale, 1999).

Studije koje koriste pristup *vremenske zadržke* (eng. *time-lag*) proučavaju skupinu osoba iste dobi u različitom vremenu, odnosno proučavaju generacijske razlike. Na primjer – postoji li razlika u funkcionalnoj sposobnosti 80-godišnjaka prije dvadeset godina u usporedbi s današnjim 80-godišnjacima? Dob se pri tome drži konstantnom. Međutim, generacijski učinci i učinci vremena mjerenja variraju. Razlike se mogu pripisati generacijskim razlikama, ali je moguće da je došlo i do nekih socijalnih promjena koje su mogle djelovati na funkcionalno stanje današnje generacije – npr. veća svijest ljudi o potrebi tjelesne aktivnosti. Prednost je ovog pristupa uvid u djelovanje društveno-povijesnih i kulturnih promjena u

određenom trenutku starenja. Nedostaci su: nemogućnost odvajanja učinka vremena mjerenja od generacijskih učinaka, dugotrajnost i skupoća.

Sekvencionalni nacrti ili *nacrti slijeda* predstavljaju različite kombinacije transverzalnih i longitudinalnih studija. Nedostatak im je velika složenost koja otežava njihovo provođenje i analizu podataka. Nekoliko je sekvencionalnih nacrti:

a) studije *generacijskog slijeda* - proučavaju dobne promjene u različitim generacijama (kohortama). Da bi se, npr. ispitale promjene u inteligenciji između 60 i 70-godišnjaka u različitim generacijama, treba ispitati skupinu 60-godišnjaka, 1996. i opet 2006. kada budu 70-godišnjaci. Zatim ih se uspoređi sa skupinom 60-godišnjaka ispitanih 2006. godine i 2016. godine kada imaju 70.

b) studije *poprečnog slijeda* - proučavaju dobne promjene istovremeno prateći nekoliko dobnih skupina. Da bi se, npr. pratile promjene u funkcionalnoj sposobnosti, izmjeri se funkcionalna sposobnost 50, 60 i 70-godišnjaka, te se nakon 10 godina ponovi mjerenje na istim ispitanicima, kojima je tada 60, 70 i 80 godina. Tako se dobivaju se podaci i o dobnim razlikama i o dobnim promjenama.

c) studije *vremenskog slijeda* - proučavaju promjene u različitim generacijama u različitom vremenu mjerenja. Da bi se, npr. ispitale generacijske razlike i promjene u dobnim normama, ispituju se dobne norme skupine 40-godišnjaka i 70-godišnjaka 1996. godine te dobne norme 40-godišnjaka i 70-godišnjaka 2016. godine. Tako se dobivaju podaci o promjenama u razlikama normi između različitih generacija ljudi.

Schaie (Schaie i Willis, 2001) predlaže tzv. „najučinkovitiji nacrt“ za proučavanje razvoja. To je kombinacija transverzalnih i longitudinalnih sekvenci koje se odvijaju na sustavan način. Započinje se s transverzalnom studijom s nekoliko različitih dobnih skupina ispitanika. Nakon nekoliko godina ponovo se ispituju isti ispitanici, što daje longitudinalne podatke o nekoliko dobnih skupina. Istovremeno se ispituje nova skupina ispitanika, što predstavlja novu transverzalnu sekvencu. Čitav se proces može ponavljati nekoliko puta, svaki put ponovo ispitujući sve prethodne ispitanike (longitudinalno) i prvi put ispitujući novu skupinu ispitanika (transverzalno). Analizom tako prikupljenih podataka moguće je usporediti: dvije ili više kohorti u dvije ili više dobi (generacijski slijed), dvije ili više dobnih skupina u dva ili više vremena mjerenja (poprečni slijed) te dvije ili više dobi u dva ili više vremena mjerenja (vremenski slijed). Pri tome podaci u analizama vremenskog slijeda moraju biti dobiveni na nezavisnim uzorcima, dok u ostalim analizama podaci mogu biti dobiveni ili ponovljenim mjerenjima ili na nezavisnim uzorcima istih dobnih skupina.

Retrospektivni izvještaji samo su teorijska alternativa u metodologiji istraživanja. Oni uključuju ispitivanje ljudi o tome kakvi su bili u prošlosti. Strategija je neprimjerena iz više razloga, u prvom redu zbog distorzija u pamćenju te zato što subjektivne procjene o vlastitim promjenama ne moraju uopće biti povezane sa stvarnim promjenama. Primjerice, McCrae i Costa (1990, prema Bratko, 2002) iznose rezultate šestogodišnjega longitudinalnog istraživanja u kojima su u dvije vremenske točke primijenili NEO-PI upitnik. U drugoj primjeni upitnika pitali su ispitanike koliko su se, prema vlastitoj procjeni, promijenili od prethodne primjene upitnika: nimalo, malo ili puno. Rezultati su pokazali da su test-retest korelacije bile vrlo slične u sve tri skupine, dakle neovisne o njihovoj subjektivnoj procjeni vlastite promjene. Ova je metoda primjerena, dakle, samo kada su u središtu zanimanja subjektivni aspekti promjena

Biografske metode – uključuju analize i interpretacije podataka o prošlosti, životnom putu i razvoju neke osobe. Analizom se nastoje utvrditi uzročno-posljedični odnosi među događajima iz životne prošlosti osobe i tako objasniti razvoj, struktura i dinamika njezine ličnosti (Petz, 2005). Biografske metode obuhvaćaju različite tehnike: bilješke slučaja, povijesti pacijenata, životne priče, reportaže u medijima, (auto)biografske knjige, dnevnike, slikovne i zvučne zapise,... (Bornat i Walmsley, 2008). Najveći izazovi i problemi u biografskim metodama odnose se na: problem mjerenja (objektivnost, ulogu ispitivača,...), problem jezika i kulture (Merrill i West, 2008) te problem distorzija u pamćenju.

1.2.2. Psihološke teorije starenja

Teorije koje se bave starenjem mogu se podijeliti na biološke, sociološke i psihološke. Biološkim je teorijama zajedničko to da pokušavaju pronaći stanične procese koji su u podlozi starenja. Sociološke teorije usmjerene su na odnos društva prema starenju ili starijoj populaciji kao dijelu cjelokupne populacije. U psihologiji teorije starenja dio su razvojnih teorija. Razlikuju se, međutim, u tome u kojoj mjeri se bave starenjem i na koje aspekte stavljaju naglasak. Ovdje su podijeljene na: socijalne teorije, teorije razvoja ličnosti i teorije cjeloživotnog razvoja.

1.2.2.1. Socijalne teorije

Socijalne teorije starenja nude objašnjenja za pad socijalnih interakcija. Tu se ubrajaju: teorija aktivnosti, teorija povlačenja i teorija socioemocionalne selektivnosti (Berk, 2008).

Teorija aktivnosti (Havighurst)

Havighurst je opisao razvojne zadatke u cjeloživotnoj perspektivi kroz šest razvojnih stadija. Svaki stadij ima različite zadatke i svi zadaci imaju biološke, psihološke i kulturne vrijednosti. Ova teorija implicira da ne postoje razlike između odraslih srednje dobi i starih, osim u biološkim faktorima i onima vezanim za zdravlje. U ovoj je teoriji glavna pretpostavka da je aktivnost od vitalne važnosti za dobrobit, pa se pretpostavlja da je održavanje obrazaca aktivnosti i vrijednosti tipičnih za srednju odraslu dob potrebno za ostvarenje bogatog i zadovoljavajućeg života i u starijoj dobi. Pritom je naglasak stavljen na važnost dinamičnosti i aktivnog sudjelovanja starijih osoba u životu koji ih okružuje, osobito u održavanju veza s obitelji i prijateljima te zadržavanju fizičkog zdravlja i elana (Havighurst, 1974). Teorija naglašava dobrobit i zadovoljstvo životom nazvano „uspješno starenje“ koje se odnosi na mjeru u kojoj starija osoba uspijeva biti uključena u svoju društvenu sredinu, odnosno održati socijalne uloge i odnose. Bazira se na vjerovanju da se pojam o sebi potvrđuje kroz aktivnosti povezane s različitim oblicima podrške ulogama. Kako dolazi do gubitaka koji su vezani uz starenje, oni trebaju biti zamijenjeni novim i različitim ulogama, interesima ili osobama. Starenje treba što je moguće duže odgađati, a to se ne bi trebalo postići mijenjanjem vlastite ličnosti (Wadensten, 2006).

Teorija povlačenja (Cumming)

Teorija povlačenja ne opisuje izravno ljudski razvoj, ali počinje od pretpostavke da se od srednje odrasle dobi nadalje ljudi počinju okretati sebi. Kako ljudi stare, tako se povlače iz prethodnih uloga i aktivnosti, što vodi postupnom povlačenju iz društva. U teoriji povlačenja pretpostavlja se da je starenje određena, neizbježna, postupna tendencija prema isključivanju i povlačenju od društvenih uloga i aktivnosti. Proces je ireverzibilan od onog trenutka kada je započeo. Kao pripremu za smrt, pojedinac i društvo se postupno razilaze jedno od drugoga. Osoba koja stari ima povećanu preokupaciju sobom i smanjeno uključivanje u odnose s drugima. Tendencija društva istovremeno je da odbaci stare. To rezultira smanjenom

interakcijom između starih i ostalih u društvu. Kako se broj, priroda i raznolikost kontakata smanjuju, povlačenje postaje cirkularan proces koji dalje ograničava prilike za interakciju. Teorija ne govori o tome tko – društvo ili pojedinac započinje proces povlačenja. Taj je proces zadovoljavajući i za pojedinca i za društvo. Prema ovoj teoriji uspješno starenje najbolje se postiže napuštanjem socijalnih uloga i odnosa reduciranjem, kako aktivnosti, tako i uključivanja. Povlačenje je koncept neovisan o kulturi, ali načini na koje se manifestira razlikuje se među kulturama. Razlike u vremenu i stilu ovise i o zdravlju pojedinca, ličnosti, prethodnom tipu angažiranja u društvenom životu i o životnim situacijama (Cumming, 1963; Cumming, Dean, Newell i McCaffrey, 1960; Wadensten, 2006).

Teorija socioemocionalne selektivnosti (Carstensen)

Prema teoriji socioemocionalne selektivnosti, u starijoj dobi funkcija dobivanja informacija i samopotvrđivanja, kao razlog za stvaranje socijalnih interakcija, postaje manje značajna. Umjesto toga, stariji naglašavaju emocionalno regulirajuću funkciju socijalnih interakcija. Zbog tjelesne je krhkosti važnije izbjegavati stres i održavati emocionalnu ravnotežu, pa su stoga stariji ljudi visoko motivirani upustiti se u ugodne odnose, a izbjegavati neugodne (Carstensen, Isaackowitz i Charles, 1999; Lansford, Sherman i Antonucci, 1998). Socijalna selektivnost dozvoljava ljudima da proaktivno biraju podržavajuće članove svojih socijalnih mreža, što olakšava interpersonalnu učinkovitost, dobro fizičko i mentalno zdravlje (Antonucci, 1989, prema Isaacowitz, Smith i Carstensen, 2003; Antonucci i Knipscheer, 1990, prema Isaacowitz i sur., 2003; Lang, 2001; Lansford i sur., 1998). Socijalne interakcije ne opadaju iznenada u kasnoj odrasloj dobi, već se radi o cjeloživotnom procesu selekcije. U srednjoj odrasloj dobi bračni se odnosi produbljuju, braće i sestre se osjećaju bližima, a broj prijateljstava opada. U starijoj dobi kontakti s obitelji i dugotrajnim prijateljima održavaju se do osamdesetih, kada postupno nestaju u korist vrlo malog broja bliskih odnosa. Suprotno tome, kontakti s poznanicima te spremnost za stvaranje novih socijalnih veza oštro opadaju od srednje do kasne odrasle dobi (Fung, Carstensen i Lang, 2001; Lang, Staudinger i Carstensen, 1998).

1.2.2.2. Teorije razvoja ličnosti

Ove teorije više stavljaju naglasak na sazrijevanje ličnosti kroz razvojna iskustva, bilo kroz stadije, bilo kroz procese. One uključuju: teoriju kontinuiteta, psihosocijalnu teoriju i teoriju gerotranscendencije.

Teorija kontinuiteta (Havens, Atchley)

Teorija kontinuiteta iznosi da pojedinac razvija navike, preferencije i druge dispozicije tijekom procesa u kojem postaje odrasla osoba te da to postaje povezano s njegovom ličnošću. Kako se odrasli trude ostvariti ciljeve, njihova prethodna iskustva, odluke i ponašanja oblikovat će osnovu za njihove sadašnje i buduće odluke i ponašanja. Osnovna premisa teorije kontinuiteta je da, kako se mlađi odrasli i stari prilagođavaju promjenama vezanim uz starenje, oni se pokušavaju osloniti na postojeće resurse te ugodne i uobičajene strategije suočavanja (prošla iskustva, odluke i ponašanja). Dakle, buduće odluke i ponašanja ostaju jednaki. Kontinuitet osobe (selfa) događa se u dva područja: unutrašnjem i vanjskom. Unutrašnji kontinuitet događa se kada netko želi zadržati neka svoja obilježja iz prošlosti tako da prošlost održava i podržava novi self. Vanjski kontinuitet uključuje zadržavanje socijalnih veza, uloga i okoline. Što su unutrašnji i vanjski kontinuitet više zadržani, zadovoljstvo životom je veće. Ličnost i osnovni obrasci ponašanja na taj način ostaju nepromijenjeni kako osoba stari. Prema ovoj teoriji, za identitet osobe važno je da zadrži uloge i sposobnosti dok stari. Stoga bi uspješno starenje ovisilo i o sposobnosti pojedinca da zadrži i nastavi prethodna ponašanja, ili da nađe nove uloge (Atchely, 1989, 2006; Wadensten, 2006).

Teorija psihosocijalnog razvoja (E. i J. Erikson)

Psihodinamska teorija E. Eriksona teorija je ljudskog razvoja i sazrijevanja od rođenja do smrti kroz prvotno osam, a kasnije devet stadija razvoja u kojima se događaju određene krize i moguća rješenja. U svakoj je fazi naglasak na razvoju ega, a način na koji osoba riješi svaki stadij utječe na budući uspjeh ili neuspjeh u svladavanju sljedećeg razvojnog stadija. Ishod svakog stadija rezultira u osobnom rastu. E. Erikson smatrao je da je sazrijevanje tjelesnih funkcija povezano s očekivanjima društva i kulture u kojoj osoba živi. U Eriksonovoj teoriji uspješni prijelaz kroz razvojne stadije u početku života vodi sintezi koja može biti osnova za razvoj prema zadnjem stadiju – starosti. Stoga se ego integracija osmog

stadija odnosi na integraciju elemenata prethodnih stadija. U osmom stadiju osoba se osvrće na dotadašnji život i procjenjuje ga. Ako prihvaća sa zadovoljstvom to kako je život ispao, postići će *ego integritet*. Ako to ne postigne, bit će očajna, ogorčena, puna prijezira i bojat će se smrti. Ako osoba dostigne ego integritet, imat će osnovno prihvaćanje proživljenog života, bez obzira kako je dobar ili loš on bio. To se može smatrati uspješnim starenjem. U kasnije dodanom, devetom razvojnem stadiju, J. Erikson smatra da se preispituju prethodno riješene krize. Dok su ranije u životu pozitivni elementi razvojnih stadija bili izvor snage, u posljednjem stadiju snaga proizlazi iz nadvladavanja negativnih elemenata (Erikson, 1980 i 1982, prema Wadensten, 2006).

Teorija gerotranscendencije (Tornstam)

Kao u Jungovoj teoriji procesa individuacije, teorija gerotranscendencije pretpostavlja postojanje predispozicije za napredak prema zrelosti i mudrosti. Tijekom života povećava se stupanj gerotranscendencije, ali taj se proces može opstruirati ili ubrzati pod utjecajem kulture. Tornstam smatra gerotranscendenciju završnim stadijem u prirodnom napretku prema zrelosti i mudrosti. Kada je uspješan, proces usmjeren gerotranscendenciji završava s novom perspektivom koja je kvalitativno različita od ostalih koje se događaju ranije u životu. Gerotranscendencija se opisuje kao pomak u metaperspektivi iz materijalističkog i racionalnog pogleda na svijet prema više kozmičkom i transcendentalnom, naravno, uz povećanje zadovoljstva životom. U procesu gerotranscendencije pojedinac će iskusiti brojne promjene: redefiniranje sebe i odnosa s drugima te novo razumijevanje osnovnih egzistencijalnih tema. Pojedinac postaje manje usmjeren na sebe, a istodobno više selektivan u izborima društvenih i drugih aktivnosti. Stari ljudi koji se povlače iz fizičkih i društvenih aktivnosti ne bi se smjeli smatrati povučenima ili bezvoljnima zato jer imaju veću potrebu za reflektiranjem. Znakovi gerotranscendencije mogu se opisati kao ontološke promjene na tri razine: kozmičkoj, osobnoj i na razini odnosa (Tornstam, 1996, 1997; Wadensten, 2006).

1.2.2.3. Teorije cjeloživotnog razvoja

Teorije cjeloživotnog razvoja specificirale su adaptivne procese koji su usmjereni prema osiguravanju poboljšanja ili održavanja i reorijentacije, te stoga omogućuju bolje razumijevanje zašto neki ljude bolje ili lakše upravljaju životnim izazovima nego drugi. To su: dualni procesni model asimilacijskog i akomodacijskog suočavanja, cjeloživotna teorija

kontrole te model selekcije, optimizacije i kompenzacije (Boerner i Jopp, 2007). Na najopćenitijoj razini sve tri teorije dijele cilj, a to je objašnjenje optimalnog razvoja koji se shvaća kao održavanje povoljne ravnoteže dobitaka i gubitaka tijekom života. Također dijele i osnovne postavke, kao što je shvaćanje razvoja kao cjeloživotnog procesa prilagodbe fizičkim, socijalnim i psihološkim promjenama, kao i aktivnim ulogama pojedinaca. No razlikuju se u adaptivnim mehanizmima koje predlažu. Budući da zasad još uvijek nema sustavnih istraživanja diferencijalnih predikcija koje proizlaze iz ovih teorija, preporučuje se da se za teorijsku podlogu bilo kakvih istraživanja uzme jedna od tih teorija jer integracija nije moguća (Boerner i Jopp, 2007; Riediger i Ebner, 2007).

Dualni procesni model asimilacijskog i akomodacijskog suočavanja (Brandtstädter)

Prema ovom modelu, ljude teže tome da kontroliraju vlastiti razvoj i starenje kako bi postigli željeni odnos između dobitaka i gubitaka. No ljudi to čine unutar promjenjivih razvojnih konteksta koji su dijelom ipak izvan mogućnosti osobne kontrole. Subjektivna kvaliteta življenja tijekom cijelog života, prema ovoj teoriji, ne ovisi samo o učinkovitom ostvarenju ciljeva, nego i o spremnosti da se ciljevi i ambicije prilagode kako bi postali izvedivi. *Asimilacijski aspekt* ovog modela odražava ulaganje napora da se aktivno modificiraju životne situacije prema osobnim željama i ciljevima, (npr. stjecanjem relevantnog znanja i vještina, korištenjem kompenzacijskih sredstava ili promjenom životnih stilova). U *akomodacijskom aspektu* želje i ciljevi pojedinca fleksibilno se prilagođavaju situacijskim ograničenjima ili preprekama (npr. umanjnjem važnosti ili reevaluacijom cilja, pozitivnim vrednovanjem gubitka ili razmatranjem alternativnog, ostvarivog cilja). Iako se asimilacijski i akomodacijski procesi mogu ponekad preklapati, veza među njima uglavnom je antagonistička. Ako se pojavi razlika između željene i realne situacije, osoba će obično prvo upotrijebiti asimilacijsku strategiju pokušavajući smanjiti jaz. Ako nema načina da se aktivno ostvari željeni cilj, osoba će najvjerojatnije prilagoditi standarde ili prioritete nastaloj situaciji, tako da se razlika smanji ili izgleda prihvatljivije (Boerner i Jopp, 2007; Brandtstädter, 2009; Brandtstädter i Rothermund, 2002).

Cjeloživotna teorija kontrole (Heckhausen i Schulz)

Cjeloživotna teorija kontrole govori o tome kako osobe svladavaju razvojne izazove vezane za kontinuirane promjene u njihovom potencijalu za kontrolu koje se odvijaju tijekom

života. Ponašanje vezano za kontrolu može biti primarno i sekundarno. Primarna kontrola ima za cilj mijenjati vanjski okoliš aktivnom akcijom, dok je sekundarna kontrola više usmjerena na vlastitu prilagodbu. Kontrola počinje *optimizacijom* koja određuje izbor ciljeva tako da potencijal osobe za primarnu kontrolu bude dugoročno što veći. Zatim se aktiviraju strategije kontrole u svrhu ostvarenja cilja. Selektivne kontrolne strategije usmjeravaju unutrašnje resurse na izabrani cilj (*selektivna primarna kontrola*, npr. ulaganje vremena i truda) i potiču jačanje motivacije prema postizanju cilja (*selektivna sekundarna kontrola*, npr. povećanje vrijednosti cilja). Kompenzacijske strategije uključuju korištenje vanjskih sredstava da bi se nadvladala bilo kakva ograničenja (*kompenzacijska primarna kontrola*, npr. korištenje novih sredstava), kao i kognitivne strategije (*kompenzacijska sekundarna kontrola*, npr. omalovažavanje cilja). Razvojno gledano, primarna kontrola prvo raste kako se ljudi razvijaju od djetinjstva prema srednjoj dobi i onda opada u starijoj dobi. Da bi se minimizirali gubici i zadržali potencijali za primarnu kontrolu, ljudi se sve više oslanjaju na procese sekundarne kontrole tijekom srednje i starije dobi (Boerner i Jopp, 2007; Heckhausen, 2002; Schulz, Heckhausen, i Locher, 1991).

Model selekcije, optimizacije i kompenzacije - SOC (P. Baltes i M. Baltes)

Ovaj je model nastao da bi se opisalo uspješno starenje, a kasnije se razvio u opću teoriju starenja (opisanu u sljedećem poglavlju). Model uključuje tri komponente: selekciju ciljeva ili rezultata, optimizaciju sredstava da se ostvare ti ciljevi i kompenzaciju kroz korištenje zamjenskih sredstava. Ove SOC komponente tumače se kao opći mehanizmi razvoja i adaptivnog funkcioniranja tijekom životnog vijeka. *Selekcija* se, na najopćenitijoj razini, odnosi na proces razvoja koji se u razvojnoj biologiji zove kanaliziranje. Ovaj selekcijski proces odnosi se na specificiranje i sužavanje raspona alternativnih puteva prema ciljevima koje bi, u principu, biokulturna plastičnost dozvolila. To je preduvjet za napredovanje. Međutim, selekcija može biti potrebna kada su resursi, kao što su vrijeme, energija i kapaciteti, ograničeni. Da bi se ova dva procesa razlikovala, nazvani su elektivna selekcija i selekcija bazirana na gubitku. *Optimizacija* u općem se smislu odnosi na stjecanje, primjenu, koordinaciju i održavanje unutrašnjih i vanjskih resursa uključenih u održavanje viših, zahtjevnijih razina funkcioniranja. Relevantna sredstva su mnoga, počevši od genetskih ekspresija do zdravstvenog ponašanja, vježbanja, kognitivnih vještina, socijalne podrške, obrazovanja, kognitivnog statusa. *Kompenzacija*, kao i optimizacija, odnosi se na sredstva. Međutim, kompenzacijska sredstva služe kada dođe do gubitaka u nekim sredstvima koja su

prije korištena za ostvarenje ciljeva da bi se sada zamijenila zamjenskim, kako bi se zadržala funkcija. Primjer kompenzacije je korištenje slušnog aparata da bi se nosilo s gubitkom sluha. Dva su središnja motiva bila u podlozi prijedloga SOC-a kao opće psihološke teorije razvoja ponašanja: a) objasniti ostvarenje razvoja općenito i b) odrediti kako pojedinci mogu učinkovito upravljati cjelokupnim životnim tijekom u biološkim, psihološkim i socijalnim uvjetima koji stvaraju prilike i ograničenja na razinama i putevima razvoja. Kao razvojni konstrukt, SOC je evolutivan sustav koji ima svoj vrhunac u bihevioralnom repertoaru u sredini života, što potvrđuju istraživanja. Odrasle osobe srednje dobi najčešće upotrebljavaju sve komponente SOC-a. U ranijim i kasnijim fazama života SOC se manje koristi i manje je koordiniran. Dosadašnji dokazi također sugeriraju da je korištenje SOC-a povezano s pozitivnim razvojnim rezultatima. Ovi efekti vezani za starenje, koji su povezani uz različito korištenje SOC-a u prilog motornim nad kognitivnim izvedbama, jači su kada se bihevioralni sustav testira na svojim granicama (tj. kada zadaci postaju sve teži) (Baltes i Smith, 2004).

Ovaj model nudi širi okvir adaptativnog cjeloživotnog razvoja. Djelokrug tog modela nadilazi strategije suočavanja u životu pojedinca u odnosu na druge dvije teorije. Širi djelokrug ovog modela proizlazi iz njegovog metateorijskog okvira koji dopušta specifikaciju procesa relevantnih za poboljšanje, održavanje i preusmjeravanje unutar različitih teorija i u odnosu na različita područja funkcioniranja (Boerner i Jopp, 2007). Ovaj je model detaljnije opisan u sljedećem poglavlju u okviru opće teorije razvoja koja je, upravo iz tih prednosti, izabrana kao teorijska podloga za ovo istraživanje.

1.2.2.3.1. Opća teorija razvoja kao psihologija cjeloživotnog razvoja

Teme razvoja u psihologiji odavno su prerasle djetinjstvo i adolescenciju i dosegle zrele dob. Razlogu zainteresiranosti za sve starije stanovništvo doprinosi jasna i predvidiva demografska situacija u svijetu te interdisciplinarna usmjerenost na teme i pitanja koja takva situacija donosi sa sobom. Psihologija cjeloživotnog razvoja danas se doista bavi cijelim životnim vijekom. S jedne strane zato što to i jest cilj razvojne psihologije – da identificira mehanizme koji stvaraju nepromjenjivost i raznolikost, konstantnost i promjenu u repertoarima ponašanja od najranije do najstarije dobi identificiranjem zajedničkih pojava, razlika i međusobne povezanosti u ontogenezi (Lindenberger, Li, Lövdén i Schmiedek, 2007). S druge strane i zato što se u društvu koje se neprestano i ubrzano mijenja, mijenjaju i uloge koje ljudi kroz razvoj stječu. Na primjer, uloga roditelja danas nije jednaka kao uloga roditelja

prije trideset ili tristo godina. Mnogi ljudi imaju razna očekivanja vezana uz stariju dob, a ona uključuju i aktivan tip i tip povlačenja, koji je karakterističan za vrlo stare osobe (Hummert, 1990). Međutim, *što je to što se očekuje od starije osobe i zapravo nije sasvim jasno* (Freund i sur., 2009). Biti star – nije biološki ništa novo, no u socijalnom smislu, u smislu očekivanja uloga, u društvu s toliko uvećanim udjelom starijeg stanovništva, to jest novije.

Cjeloživotna je psihologija znanost koja opisuje i objašnjava konstantnost i promjene u ljudskom ponašanju kroz životni vijek (ontogenezu) od začeća do smrti (Baltes, 1987). Glavna je zadaća psihologije cjeloživotnog razvoja razumjeti interaktivnu i dinamičnu prirodu kontekstualnih i individualnih utjecaja na razvoj (Li i Freund, 2005). Procesi koji se uobičajeno povezuju s maturacijom nisu ograničeni samo na ranu ontogenezu, kao što ni procesi vezani za senescenciju nisu ograničeni samo na vrlo staru dob (Raz i sur., 2005, prema Lindenberger i sur., 2007). Na primjer, neurogeneza i sinaptogeneza, kao izraz maturacije, kao što je već spomenuto u poglavlju 1.2. *Psihologija starije životne dobi* nastavljaju postojati u odraslom mozgu i u mozgu koji stari (Klempin i Kempermann, 2007), dok opadanja u dopaminergičkoj neuromodulaciji, koja ukazuju na promjene vezane uz starenje u kemiji mozga, počinju već u ranoj odrasloj dobi (Bäckman i sur., 2006, prema Lindenberger i sur., 2007). Dakle, maturacija, starenje i učenje međusobno se obogaćuju i ograničavaju tijekom života (Lindenberger i sur., 2007).

Znanost o razvoju koristi dinamične razvojne sustave za opisivanje, objašnjavanje i optimiziranje ljudskog života. Ti modeli naglašavaju da u središtu analize razvoja moraju biti međusobni utjecaji između višestrukih bioloških, sociokulturnih, fizičkih, ekoloških i povijesnih razina organizacije unutar ekologije ljudskog života (Lerner, 2008).

Pristup cjeloživotnog razvoja zasniva se na nekoliko pretpostavki (Baltes, Lindenberger i Staudinger, 1998, prema Berk, 2008; Smith i Baltes, 1999, prema Berk, 2008):

- da je razvoj cjeloživotan proces (nijedno životno razdoblje nije važnije od nekog drugog)
- da je višedimenzionalan (odnosi se na tjelesni, socijalni, emocionalni, kognitivni razvoj) i višesmjeran proces (može ići i u smjeru poboljšanja i u smjeru slabljenja)
- da je vrlo plastičan proces, a plastičnost se definira kao raspon ljudskog razvoja koji je moguć u varirajućim konstelacijama utjecaja vezanim uz dob, povijest i nenormativne utjecaje (Baltes i Smith, 2004)
- da je uklopljen u višestruke kontekste.

O višestrukim kontekstima u velikoj mjeri govore Baltes i suradnici, koji kažu da cjeloživotni razvoj uključuje biološke i okolinske faktore razvoja kroz tri vrste utjecaja

(Baltes i Smith, 2004): utjecaje vezane uz dob (ontogenetske), utjecaje vezane uz povijest i nenormativne utjecaje.

Normativni utjecaji vezani uz dob (ontogenetski)

Normativno se ovdje shvaća statistički – jer označava one događaje koji se odvijaju na vrlo slične načine (po vremenu pojavljivanja i po trajanju) većini ljudi u nekom društvu ili subkulturi. Duga je tradicija istraživanja konteksta vezanog za dob i sustava utjecaja u prvih 20 godina života. Uspoređujući prvih 20 godina života, za koje se puno zna o normativnim korelacijama između kronološke dobi i aspekata biološke zrelosti, puno je manje detaljnog znanja o vremenskim sljedovima i povezanosti između dobi i biologije za srednju odraslu i stariju životnu dob. Gledajući drugu polovicu života, sporno je traganje za biološkim „dobnim markerima“ i teoretičari sugeriraju da, iako neki organi i biološki sustavi pokazuju funkcionalne promjene s vremenom, ne postoji opći „program“ starenja: stohastički procesi doprinose povećanom interindividualnom variranju s dobi nakon mlađe odrasle dobi. Novija istraživanja pokazuju da se društvena očekivanja, ekologije razvoja i putevi uz dob vezanih tranzicija mijenjaju kroz životni vijek. Mnogo je rasprava o tome jesu li suvremeni društveni i okolinski konteksti postali više ili manje strukturirani uz dob i jesu li se povećale varijacije unutar dobnih razdoblja i kohorti.

Normativni utjecaji vezani uz povijest

Utjecaji vezani uz povijest također uključuju biološke i okolinske kontekste i doprinose kratkoročnim i dugoročnim promjenama u razvojnim putanjama koje mogu razlikovati kohorte. Primjeri takvih utjecaja su: ekonomske depresije, ratovi, socijalne revolucije, velike epidemije, tehnološki razvitak, velike obrazovne promjene, promjene u demografskoj strukturi i modernizacija te promjene u sadržaju i navikama hranjenja te drugim oblicima ponašanja vezanim uz zdravlje. Izvorno su istraživanja utjecaja kohorte rođenja imala najveći doprinos u razmatranju povijesnog konteksta. U novije vrijeme perspektiva se proširila na šire vremenske dimenzije i napore da se specificiraju uzročne i procesne osobitosti. Zadnjih je 100 godina, na primjer, modernizacija povezana s povećanim varijacijama u prijelazima u ulogu odraslih. Osim toga, pretpostavlja se da su kohorte te koje razlikuju razinu i oblik dobnih putanja raznih dimenzija, uključujući inteligenciju, morbiditet i dugovječnost. Istraživanja razlika među kohortama često se uzimaju kao podrška

argumentima da povijesne promjene donose poboljšanja i progres. S tim u skladu studije pokazuju da se kognitivne performanse današnjih 70-godišnjaka mogu usporediti sa 65-godišnjacima prije 30 godina. Funkcionalno se zdravlje također poboljšalo. Međutim, povijesne promjene mogu imati i negativne posljedice. Primjerice, unatoč općim pozitivnim promjenama u intelektualnim kompetencijama kohorti, Schaie (1996, prema Baltes i Smith, 2004) je dobio negativne razlike kohorti u performansama na zadacima koje ocjenjuju numeričke sposobnosti. Elbert (2003, prema Baltes i Smith, 2004) sugerira da postoje negativne posljedice na funkcionalnu arhitekturu mozga povezane s ratom i drugim oblicima nasilja ili epidemija vezanih za droge.

Nenormativni utjecaji

Treći set utjecaja odražava individualne – idiosinkratične biološke i okolinske događaje koji nisu jasno povezani uz ontogenetsko ili povijesno vrijeme. Najčešće, ali ne nužno, oni su statistički rijetki u populaciji i nemaju univerzalne vremenske ni prostorne sljedove, ali mogu imati značajne utjecaje na razvoj osobe. Primjeri uključuju: dobitak na lutriji, promjenu poslovne karijere, preseljenje, teške bolesti ili nesreće, razvod, neočekivanu smrt bliskih osoba, postajanje žrtvom težeg zločina ili ratnih uvjeta. Utjecaj nenormativnih događaja smatra se posebno jakim jer takvi događaji prekidaju slijed i ritam očekivanog životnog tijeka i na taj način stvaraju uvjete nesigurnosti. Neki, ali ne svi među tim uvjetima, samo su minimalno podložni osobnoj ili društvenoj kontroli i dugoročnoj modifikaciji te stoga predstavljaju ekstremne situacije i izazove. Ljudi obično o njima govore kao o „životnim raskrižjima“. Intenzitet dugoročnosti nenormativnog utjecaja na životne promjene ovisi o tome kada se događaj u životnom vijeku zbije i o vrsti promjene koju taj događaj povlači za sobom, u smislu društvenih uloga, funkcionalnog statusa i osjećaja identiteta (Baltes i Smith, 2004).

U cjelini gledajući, kumulativne interakcije i zajednički produkti tih utjecaja doprinose, s jedne strane, velikoj sličnosti i kontinuitetu razvojnih promjena, a s druge strane, interindividualnim i unutargrupnim razlikama u statusu, razlikama u smjeru i razini intraindividualnih promjena kroz vrijeme. Na primjer, utjecaji vezani uz dob mogu sistematski varirati prema socijalnoj klasi, spolu, kohorti ili etničkoj pripadnosti (Baltes i Smith, 2004).

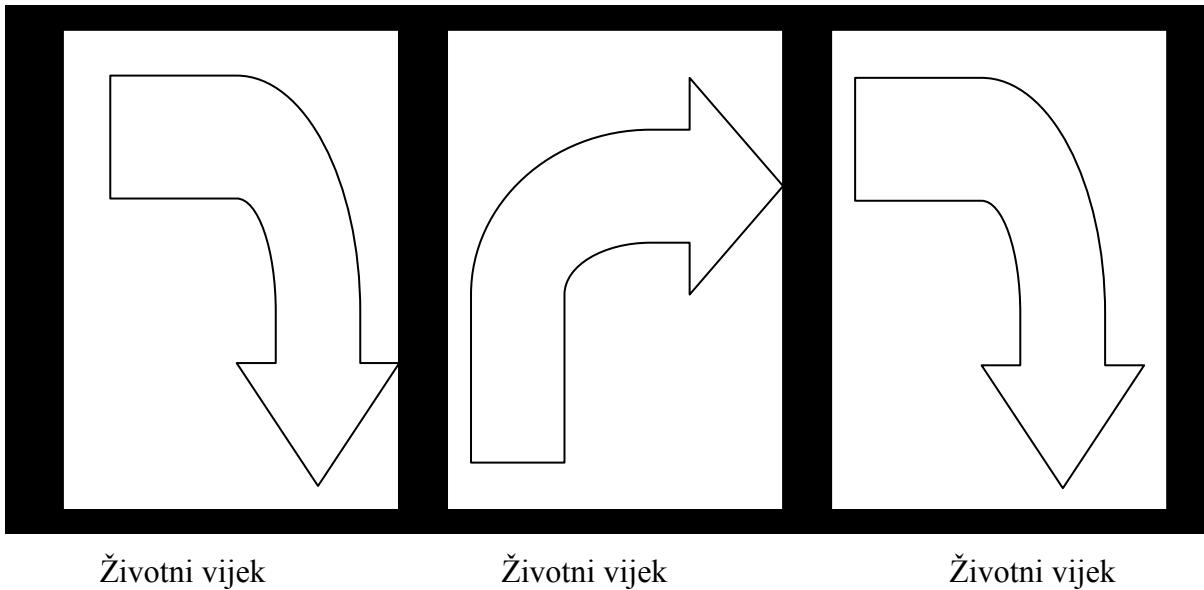
Na *Slici 2* sumirana su tri središnja principa Baltesovog teorijskog okvira (Baltes, 1997; Baltes i Smith, 2004). Zajedno ovi principi opisuju dinamiku između biologije i kulture

kroz životni vijek, koju obilježava s dobi rastuća nepotpunost i osjetljivost pojedinaca i populacija. Ti principi trebaju biti uzeti u obzir kada se pokušava razumjeti interaktivni sustav prethodno navedenih utjecaja. Prvo, na lijevoj strani *Slike 2*, pretpostavlja se da biološka plastičnost i vjernost prenošenja genetske informacije opadaju s dobi. Cjeloživotna putanja odražava činjenicu da je biološka evolucija bila orijentirana na optimiziranje reproduktivne sposobnosti u mlađoj odrasloj dobi, a ne na optimiziranje starije dobi. Kao posljedica toga, ljudski genom u starijoj dobi obilježeniji je štetnim genetskim izražajem i smanjenom vjernosti prenošenja genetske informacije. Zato biogenetska plastičnost opada s dobi, iako i dalje djeluje. Drugi princip (srednji dio *Slike 2*) pokazuje da su za ljudski razvoj prema višoj dobi ključni novi koraci u razini i vrsti kulturne evolucije i kulturnih resursa. Da bi se povećala prosječna očekivana dužina života, na primjer, potrebno je sve više resursa koji su vezani za kulturu i praksu da bi se iskoristio biogenetski potencijal prisutan u ljudskom genomu. Dakle, materijalni, tehnološki, psihološki i socijalni aspekti kulturne, a ne genetske evolucije, predstavljaju pokretačke sile u suvremenim kvantitativnim i kvalitativnim produljenjima životnog vijeka. Dilema modernog vremena nalazi se u cjeloživotnoj funkcionalnosti prikazanoj na desnoj strani *Slike 2*. Učinkovitost kulture da iskoristi genom i da kompenzira, ako je potrebno, biološke nedostatke povezane sa starenjem, opada što je životni vijek bliže kraju. Ova dinamika je evidentna u različitim domenama funkcioniranja (zdravlje, proizvodnja, kognitivno funkcioniranje) (Li i Freund, 2005). U starijoj dobi dolazi do reorganizacije kortikalnih funkcija što ide u prilog funkcionalnoj plastičnosti i prilagodbi smanjenoj efikasnosti u starijoj dobi (Reuter-Lorenz i Lustig, 2005). Pretpostavlja se da bi ovo moglo ukazivati na to da mozak koji stari može ojačati mozgovna područja u obje hemisfere da bi kompenzirao neurokognitivni pad do kojeg dolazi s dobi, no potrebno je mnogo više vremena i vježbe da bi se dosegao isti kognitivni rezultat. Štoviše, kako se osobe asimptotski približavaju izvedbi u funkcijama, daljnje poboljšanje je sve teže postići (Baltes i Smith, 2004).

Biološka plastičnost:
opada s dobi

Potreba za kulturom:
povećava se s dobi

Učinkovitost kulture:
opada s dobi



Slika 2. Biokulturna arhitektura životnog vijeka: shematski prikaz tri meta-principa koji zajednički reguliraju ljudsku ontogenezu (Baltes i Smith, 2004)

Drugi cjeloživotni skript, komplementaran prethodnom, Baltes predlaže nešto kasnije (Baltes i Smith, 2004). Ovaj skript skicira promjene tijekom životnog vijeka u sustavnoj konfiguraciji od tri opće funkcije razvoja: rasta, održavanja (uključujući i popravak i oporavak) i regulacije gubitka. Ovaj skript sugerira da s dobi osobe moraju investirati sve više svojih unutrašnjih i vanjskih resursa u održavanje i upravljanje gubicima nasuprot rastu da bi osigurali adaptivnu učinkovitost i uspjeh. U djetinjstvu resursi se prvenstveno odnose na rast, u odrasloj dobi na održavanje, a u starijoj dobi na regulaciju i upravljanje gubicima. Ovakav opis predstavlja pojednostavljen prikaz jer se trebaju uzeti u obzir individualne, funkcionalne, kontekstualne i povijesne razlike. Iz ovog skripta nastaje opća teorija adaptivnog (uspješnog) razvoja i starenja (selektivna optimizacija s kompenzacijom – SOC), opisana u poglavlju *1.2.2. Psihološke teorije starenja.*

1.3. Istraživanja u Hrvatskoj

Psihologijska istraživanja starije populacije u Hrvatskoj slijede trendove onih u svijetu, premda je njihov broj ukupno manji (Despot Lučanin, 2008).

S obzirom na to prevladavaju li biološke, socijalne ili psihološke varijable u istraživanjima koja uključuju mentalno zdravlje i populaciju starijih osoba u Hrvatskoj, slijedi pregled radova koji prikazuju čime su se istraživanja bavila i neke rezultate relevantne za ovaj rad.

1.3.1. Biološke varijable

Radovi u kojima se, osim dobi i spola, uključuju i druge biološke varijable koje se istražuju u vezi s mentalnim zdravljem starijih osoba, najrjeđi su u domaćoj istraživačkoj literaturi.

U novije se vrijeme u Zagrebu provodi longitudinalna studija povezanosti zdravlja, s naglaskom na rizičnim *kardiovaskularnim bolestima*, i kognitivnih funkcija u starosti. U istraživanje je uključeno 557 osoba koje žive u domovima za starije osobe. Prvi rezultati odnose se na povezanost depresivnosti i kognitivnog funkcioniranja. Rezultate objašnjavaju dva izlučena faktora: tzv. faktor raspoloženja koji dominantno određuju stupanj depresivnosti i samoprocjena zdravlja te tzv. faktor uma koji dominantno određuju dob i kognitivno funkcioniranje. No najsnažniji prediktori slabijeg kognitivnog funkcioniranja su starija dob i niža razina obrazovanja, a nešto manje snažni, ali ipak značajni – kronična bolest i depresivnost (Despot Lučanin, 2008). Utvrđena je značajna povezanost između nekih biokemijskih pokazatelja (triglicerida, kolesterola i dr.) i kognitivnih funkcija ispitanih starijih osoba. Povezanost je različita za žene i muškarce. Značajnom se pokazala interakcija opažanih varijabli s funkcionalnom sposobnošću sudionika (Despot Lučanin i Lučanin, 2010).

Također se u zadnjih desetak godina istraživanja počinju usmjeravati i na kvalitetu življenja starijih osoba s *invaliditetom* te specifičnosti koje su za to vezane (Rusac, Štambuk i Leutar, 2007; Šućur, 2000).

1.3.2. Socijalne varijable

Socijalne varijable u domaćoj su literaturi vezanoj za starije osobe i njihovo mentalno zdravlje prvenstveno usmjerene na društvenu situaciju (rat, poraće, usluge skrbi), nešto manje na kvalitetu socijalne podrške i stavove te sve više na temu nasilja nad starijim osobama.

Tijekom 1990.-ih godina, u *vrijeme rata*, mnogi su se stručni radovi bavili temama sprječavanja zdravstvenih rizika u starijoj skupini ratnih stradalnika i pružanja psihološke pomoći starijim osobama (Despot Lučanin, 1993; Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 1995, prema Despot Lučanin, 2008; Despot Lučanin i Ljubić, 1995, prema Despot Lučanin, 2008), a početkom 2000.-ih neka su se istraživanja bavila ispitivanjem kako su ratne okolnosti utjecale na život starijih osoba u *poratnom periodu*. Istraživanje u Sisačko-moslavačkoj županiji pokazalo je da skupine starijih osoba u gradovima različito intenzivno pogođenim ratom procjenjuju kvalitetu života osrednjom, pri čemu osobe iz sredine manje pogođene ratom procjenjuju da žive ipak nešto bolje, kvalitetnije. Potvrđeno je da su stariji, ne samo u progonstvu, nego i u situaciji povratništva, suočeni s brojnim gubicima i izvorima stresa, a kumulativnim djelovanjem različitih stresora pojačava se osjećaj straha od neizvjesne budućnosti. Prisilne slike i dosjećanja na sve što su doživjeli od početka rata, pogoršano zdravlje i psihička napetost dodatno otežavaju ponovnu prilagodbu (Poredoš i Ivanec, 2004).

Krajem 1990.-ih istraživanja se počinju usmjeravati i na ulogu novih *tehnologija u pomaganju starijima* (Kaliterna Lipovčan i Vojnović, 1999, prema Despot Lučanin, 2008; Kaliterna-Lipovčan i sur., 2005).

Prijelaz u novo tisućljeće karakteriziraju sve više razmatranja *odnosa potreba* starijih osoba i adekvatnih, institucionalnih i vaninstitucionalnih *usluga skrbi* i stambenog zbrinjavanja u zajednici (Bežovan, 1996; Bouillet, 2003; Lučanin, Despot Lučanin i Havelka, 2000), socijalne potpore (Podgorelec i Klempić, 2007), materijalnih uvjeta (Šućur, 2008) i kvalitete života u domovima za starije (Lovreković i Leutar, 2010). Usporedba sa situacijom u europskim zemljama pokazuje da, za razliku od tih zemalja, u kojima se politika skrbi sve više usmjerava prema pružanju pomoći u kući, nastojeći starije osobe zadržati u njihovom domu, trendovi u skrbi za stare u Hrvatskoj samo jednim dijelom prate one na razini zemalja EU-a. To se pripisuje nerazvijenosti lokalnih oblika upravljanja sustavima skrbi za stare, neadekvatnim mrežama institucionalnih oblika skrbi, nerazvijenim i nedovoljno jasnim sustavima financiranja, itd. (Žganec, Rusac i Laklija, 2008).

Tijekom 2000.-ih godina nekoliko se istraživanja odnosilo na *stavove prema starijim osobama* koja pokazuju veliki varijabilitet, kako među mlađom, tako i među starijom populacijom (Kaliterna Lipovčan, 2002; Plavšić i Ambrosi-Randić, 2007), a može se pratiti i sve veći znanstveni interes za probleme *nasilja nad starijim osobama*. Do polovice ovog desetljeća nije bilo prikupljenih podataka u Hrvatskoj, ali ni u svijetu ta se tematika ranije nije puno istraživala (Rusac, 2006). No od početnih objašnjenja pojmova i teorijskih podloga, ubrzo se razvijaju prvi instrumenti za istraživanje rasprostranjenosti ali i senzibilnosti za nasilje nad starijim osobama (Ajduković, Muslić, Rusac i Ogresta, 2008; Ogresta, Rusac i Ajduković, 2008). Prvi rezultati pokazuju visoku prisutnost nasilja nad starijim osobama (61.1%), i to najčešće psihičkog. Kao najčešći počinitelji nasilja navode se suprug, a nešto rjeđe djeca (Ajduković, Ogresta i Rusac, 2009; Ogresta i sur., 2008). Niži obrazovni status pokazao se značajnim kod psihičkog, materijalnog i tjelesnog nasilja. Starije osobe koje su materijalno ovisne, i koje imaju djecu, značajno su više izložene psihičkom i tjelesnom nasilju. Također, stariji u dobi 75-84 godina značajno više iskazuju doživljeno materijalno nasilje. Psihički zlostavljane starije osobe iskazuju lošije psihičko i fizičko zdravlje (Rusac, 2010, 2011).

Veće istraživanje koje je ispitalo povezanost *društvene uloge*, zdravlja i brige o zdravlju provedeno je 2003. godine i uključivalo je 1942 starije žene. Rezultati su pokazali da su domaćice, u usporedbi s umirovljenicama, imale lošije indikatore fizičkog i samoprocjenu psihičkog zdravlja te su kvalitetu svojega života procjenjivale slabijom (Džakula, Babić Bosanac, Brborović, Vukušić Rukavina i Vončina, 2007).

Nešto je manje radova koji se bave kvalitetom *socijalne podrške* starijim osobama. Obradović i Čudina-Obradović (2004) pišu o mnogobrojnim psihosocijalnim čimbenicima koji otežavaju uspostavljanje dobrih međugeneracijskih odnosa i ugrožavaju skrb koju odrasla djeca trebaju ili žele pružiti svojim roditeljima.

1.3.3. Psihološke varijable

Od psiholoških varijabli, bilo kriterijskih, bilo prediktorskih za mentalno zdravlje starijih osoba, u domaćoj se literaturi najčešće istražuju: psihički status osoba smještenih u domove, zadovoljstvo (zdravljem, životom) i samoprocjene (vlastitog zdravlja, dobi, itd.).

U 1990.-im provedeno je istraživanje u kojem je uspoređen već opisani uzorak starijih osoba s uzorkom od 256 osoba smještenih u domove umirovljenika u Zagrebu (Matulić, 1996, prema Despot Lučanin, 2008). Rezultati pokazuju da su osobe koje su živjele u vlastitom domu primale više socijalne podrške, svih vrsta, osobito najstariji stari i bile su u prosjeku zdravije od osoba smještenih u domove. *Socijalna podrška* i *stres* pokazali su se najznačajnijim prediktorima psihičkog i subjektivnog zdravlja, a dob tjelesnog, u obje skupine. Pronađene su razlike između muškaraca i žena te osoba koje su duže i kraće u domu u vrijednosti dimenzija paranoidnost i neprijateljstvo te indeksu pozitivnih simptoma stresa (Štambuk, 2001). Mentalno zdravlje, pogotovo u smislu *neovisnosti*, pokazalo se relevantnijim od fizičkog statusa starijih osoba koje nisu smještene u domove za starije osobe u usporedbi s osobama smještenim u domove, koje su bile manje neovisne, a pokretnije (Tomek-Roksandić i sur., 2010).

Ispitivanje tijekom *prilagodbe* osoba starije životne dobi na *samački život*, odnosno na život bez bračnog partnera, pokazuje da starije osobe svoju prilagodbu procjenjuju lošom (Poredoš, 2001). No aktivnosti dnevnog života starijih osoba povezuju se i s provjerama učinaka tjelesnog vježbanja (Strinović, 2001).

Ispitivanje *zadovoljstva zdravljem* među ljudima različite odrasle dobi (mlade, srednje i starije) iz različitih područja Hrvatske pokazuje da se muškarci i žene ne razlikuju značajno s obzirom na zadovoljstvo zdravljem. Međutim osobe mlade (25-40 godina) i srednje odrasle dobi (41-60 godina) pokazuju značajno veće zadovoljstvo svojim zdravljem u odnosu na starije osobe (stariji od 60 godina). Važnost zaposlenosti i zadovoljstvo socijalnim odnosima pokazali su se značajnim prediktorima zadovoljstva zdravljem (Tucak i Nekić, 2007).

U istraživanjima kvalitete života ispitivale su se *subjektivne psihološke procjene* starijih osoba. Provjeravala se, primjerice, povezanost *subjektivne dobi* sa zdravstvenim stanjem, subjektivnim *zadovoljstvom životom* i procjenom *osobne sreće*. Rezultati pokazuju da je bolje zdravstveno stanje povezano s mlađom dobnom identifikacijom i subjektivno mlađi pojedinci se procjenjuju sretnijima (Kaliterna-Lipovčan i Prizmić-Larsen, 1999, prema Despot Lučanin, 2008; Kaliterna-Lipovčan, Prizmić-Larsen i Šakić, 2002).

U Rijeci je sredinom 2000.-ih bilo provedeno istraživanje *mentalnog zdravlja* odraslih osoba (Kardum i sur., 2008), pri čemu su indikatori mentalnog zdravlja bili: depresivnost, anksioznost, usamljenost, stresni životni događaji i percipirana stresnost, percipirana socijalna podrška, optimizam, samopoštovanje, osjećaj dobrobiti i zadovoljstvo životom među osobama odrasle dobi. Rezultati pokazuju da su najdepresivnije osobe – stariji od 75 i osobe od 18 do

24 godine. Stariji od 75 godina su i najanksiozniji. Najusamljenijima se osjećaju osobe u dobi od 35 do 64 godine. Osobe starije od 55 godina, a posebno starije od 75 godina, doživljavaju stresne događaje čiji je ukupan intenzitet niži nego kod mlađih, a najrjeđe doživljavaju stres osobe od 65 do 74 godine. Najvišu razinu percipirane socijalne podrške doživljavaju osobe od 65 do 74 godine, a najnižu osobe od 55 do 64 i starije od 75 godina. Optimizam i samopoštovanje nisu se pokazali povezanima s dobi. Osjećaj dobrobiti najniži je, ali svega nešto niži, kod starijih od 75 godina. Najzadovoljniji životom stariji su od 65 godina. Ukupno gledajući, autori najrizičnijom dobnom skupinom identificiraju osobe starije od 75 godina.

1.3.4. Biološke, socijalne i psihološke varijable

Važnost *psihosocijalnih čimbenika zdravlja* starijih ljudi dospjela je u središte početnog istraživačkog zanimanja psihologa i područja javnozdravstvene politike tijekom 1970.-ih i 1980.-ih (Defilipis i Havelka, 1984; Jackson, 1996, prema Despot Lučanin, 2008). Uslijedio je pomak istraživačkog zanimanja prema složenim interakcijama među *socijalnim, psihološkim i biološkim čimbenicima zdravlja i bolesti* te prema intervencijama.

Prvo značajnije multidisciplinarno istraživanje starenja u Hrvatskoj bila je epidemiološka studija zdravstvenog, socijalnog i psihološkog stanja starijih ljudi. Potakla ju je Svjetska zdravstvena organizacija pod nazivom “The study on Health Care of the Elderly in Urban Areas” i bila je provedena u 11 europskih zemalja, među koje je bila uključena Jugoslavija sa Zagrebom i Beogradom (Defilipis i Havelka, 1984). To predstavlja začetke uključivanja psihologa u istraživanja zdravlja i starenja, i to u skladu sa svjetskim trendovima (Despot Lučanin, 2008). Podaci su uključivali sociodemografske značajke 1479 starijih osoba, podatke o socijalnoj uključenosti, funkcionalnim sposobnostima, zdravstvenom ponašanju, objektivnom i subjektivnom zdravlju, psihosomatskim tegobama i zadovoljstvu životom. Nalazi su bili uključeni u preporuke za bolju organizaciju javnozdravstvene zaštite i skrbi za starije ljude, a rezultati su bili objavljeni tijekom 1980.-ih godina (Defilipis i Havelka, 1984; Matešić, 1985, 1986).

Početkom 1990.-ih naglasak se počinje stavljati na mogućnosti predviđanja starenja i zdravlja na temelju longitudinalnih istraživanja. Tako je u Zagrebu provedeno istraživanje u kojem je ispitana povezanost psiholoških i socijalnih čimbenika s promjenama u funkcionalnom i psihičkom stanju te dužinom života starijih osoba 1994. godine, na istim osobama koje su bile uključene u već spomenuto istraživanje 1979. godine. Nakon 15 godina,

od početnih 1479 osoba prikupljeni su podaci od njih 99. Rezultati pokazuju da su se najznačajnijim biološkim čimbenicima u određivanju starenja pokazali: dob, spol i zdravstveno stanje (Despot Lučanin, 1997, 2003). Starija je dob bila snažno povezana sa slabljenjem funkcionalnih sposobnosti, lošije psihičko stanje bilo je utvrđeno u žena, a bolest je bila povezana s općenito lošim tjelesnim i psihičkim stanjem i to bez obzira na dob ili spol. Najznačajnijim prediktorima starenja pokazali su se: socijalna uključenost (1970. godine, transverzalno), stres i socijalna podrška (1994., transverzalno) te samoprocjena zdravlja (od 1979. do 1994., longitudinalno). Što je bila veća socijalna uključenost i socijalna podrška, manji doživljaj stresa te bolja samoprocjena zdravlja, čak i u razdoblju od 15 godina, to su ispitane starije osobe bile boljeg funkcionalnog, psihičkog i zdravstvenog stanja. Unatoč samoiskazima o općenito oslabljenom zdravlju, percepcija vlastitog zdravlja ispitanih starijih osoba ostala je stabilna u razdoblju od 15 godina (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2005, prema Despot Lučanin, 2008). Međutim, ipak se sa starenjem promijenila struktura pokazatelja zdravlja koji djelomično određuju i samopercepciju. Tako su prediktori samopercepcije (ili samoprocjene) zdravlja u prvoj točki mjerenja bili psihosomatski simptomi (uglavnom psihološki određeni) i funkcionalna sposobnost (uglavnom određena tjelesnim čimbenicima). U drugoj točki mjerenja, kada su ispitane osobe bile 15 godina starije, dominantni prediktor samoprocjene zdravlja bila je funkcionalna sposobnost, zatim psihosomatske tegobe te dob (mlađa dob predviđa bolju samoprocjenu zdravlja). Značenje i vrijednost zdravlja mijenja se tako da tjelesni kriteriji postaju manje bitni nego funkcionalna sposobnost, socijalni odnosi i opća dobrobit. Varijable povezane s dužinom života bile su: spol, zdravstveno ponašanje, samoprocjena zdravlja, funkcionalna sposobnost i psihosomatske tegobe. Osobe koje su 15 godina ranije procjenjivale svoje zdravlje boljim, s boljim funkcionalnim sposobnostima i s manje psihosomatskih simptoma, imale su veću šansu za duži život.

Krajem 1990.-ih u većem su istraživanju sudjelovale osobe starije od 60 godina iz cijele Hrvatske (Despot Lučanin i sur., 2006), a rezultati pokazuju da su osobe s boljom samoprocjenom zdravlja i funkcionalnom sposobnošću, s manje psihosomatskih simptoma i većim zadovoljstvom životom izrazile manje potreba za uslugama skrbi. Najviše potreba imaju starije osobe koje žive same, kronično bolesne te osobito najstariji muškarci koji žive sami.

Jedno od rijetkih longitudinalnih praćenja zdravog starenja u Hrvatskoj provodilo se od 1969. do 2007. U početku, 1969. uključivalo je 4214 sudionika i sudionica iz obalne i kontinentalne Hrvatske među kojima se uspoređivalo zdravlje pluća. 1972. godine sudjelovalo

je 3364 osoba iz prvog uzorka na kojima su se, osim plućnog zdravlja, ispitivale i kronične bolesti. Deset godina kasnije istraživanju se odazvalo 2415 osoba kod kojih su se, osim kroničnih bolesti, ispitivale i zdravstvene navike (navike hranjenja, pušenje, uzimanje lijekova). U provjeri koja se posljednja odvijala (4. val) od 2005. do 2007. sudionici i sudionice su bili stariji od 70 godina. Usprkos selekcijskoj pristranosti te prirodnom gubitku ispitanika zbog neodaziva na pregled, uzorak je s 396 sudionika i sudionica i dalje ostao reprezentativan s obzirom na ranije preglede provedene u 1. do 3. valu studije. Tu su se uključile i varijable mentalnog zdravlja, kognitivnog funkcioniranja i antropometrijska mjerenja. Rezultati pokazuju razlike u mortalitetu i morbiditetu s obzirom na mjesto stanovanja, bivajući izraženiji u kontinentalnim dijelovima zemlje. Rezultati sugeriraju da su razlike u životnim stilovima glavni razlog razlikama u kroničnim bolestima između kontinentalne i obalne Hrvatske. Istraživanje je pokazalo promjene u trendovima životnih stilova i u incidencijama kroničnih bolesti (Pavlović i Čorović, 2009). Pokazuje se da je pušenje glavni faktor rizika (Pavlović i sur., 2004). Ipak osobe starije od 70 godina u zadnjem valu istraživanja pokazuju višu incidenciju metaboličkih poremećaja kao što je pretilost, hiperlipidemija, hipertenzija i dijabetes. Incidencija metaboličkih poremećaja gotovo je jednaka u kontinentalnom i obalnom dijelu Hrvatske (Pavlović i Čorović, 2009). Utvrđena je niža percepcija zdravlja u starijoj dobnoj skupini (76–91 godina) u dimenzijama fizičkog funkcioniranja i fizičkih ograničenja. Žene imaju nižu samoprocjenu dimenzije zdravstvenog statusa tjelesne boli. Urbani sudionici imaju višu percepciju komponenti općega zdravlja, mentalnoga zdravlja, vitalnosti, fizičkih ograničenja i tjelesne boli. Slabije obrazovani sudionici lošije doživljavaju svoje zdravlje. Obrazovanje je, prema svim dimenzijama zdravlja, statistički značajniji čimbenik u usporedbi s arbitrarnom granicom siromaštva (mjesečna mirovina $\pm 1.500,00$ kn mjesečno). Regresijska analiza objašnjava statistički značajan, ali relativno malen postotak varijance vlastite percepcije fizičkoga zdravlja (12%). Statistički su značajni prediktori: dob, obrazovanje i regija (pri čemu kontinentalna regija Hrvatske ima bolju percepciju ljestvice fizičkoga zdravlja). Socioekonomske karakteristike statistički ne objašnjavaju percepciju sumarne mjere psihičkoga zdravlja uz pomoć SF-36 upitnika zdravstvenog statusa (Pavlović, Lauri Korajlija, Šimić, Bobić i Čorović, 2010).

Pokazale su se i razlike u kvaliteti života u različitim područjima Hrvatske sredinom 2000.-ih (Petrač, Despot Lučanin i Lučanin, 2006). Ispitane su 1262 starije osobe. U Istri je bilo više bolje obrazovanih ljudi, najviše onih koji žive sami, najmanje starijih ljudi u braku te onih koji imaju manje djece i žive braće i sestara nego u Dalmaciji i Slavoniji. Najugroženijom skupinom pokazali su se, stoga, stariji ljudi u Istri - najmanje su zadovoljni

životom, a i samoprocjena zdravlja im je najslabija. No i dostupnost usluga, kao i socijalna podrška bile su najslabija u Istri, u usporedbi s ostalim područjima (Zagreb, Slavonija i Dalmacija). Još je istraživanja potvrdilo da su različiti oblici socijalne podrške povezani s promjenama u tjelesnom i psihičkom zdravlju starijih te da je manji mortalitet starijih povezan s velikom socijalnom podrškom (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2007, prema Despot Lučanin, 2008).

Nekoliko je većih istraživanja, u kojima su ispitivane različite komponente starenja, bilo provedeno u Istarskoj županiji. Jedno je bilo provedeno 2004. godine i bilo je usmjereno na provjeru stanja, potreba i kvalitete življenja među 452 ljudi starijih od 60 godina. Pokazalo se, između ostalog, da starije osobe najbolje procjenjuju kvalitetu življenja u srednje velikim mjestima (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005). Drugo istraživanje, provedeno 2005. godine na 375 osoba također starijih od 60 godina analiziralo je korištenje strategija uspješnog starenja (selekciju, optimizaciju i kompenzaciju) te tri stupa zdravog starenja: prehranu, optimizam i tjelesnu aktivnost (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008).

Jedino do sada zabilježeno istraživanje o generacijskim razlikama u socijalnom, zdravstvenom i psihičkom stanju starijih osoba s nacrtom vremenske zadržke prikazano je u radu Despot Lučanin, Lučanina i Havelke (2000). Uspoređene su dvije generacijske skupine starijih osoba, stanovnika Zagreba. Ispitano je 50 osoba u dobi od 57 do 72 godine 1979., a 1994. godine ispitano je 47 osoba od 59 do 71 godine. Utvrđene su statistički značajne generacijske razlike u mjerenim varijablama: 1994. godine osobe su živjele u manjim obiteljima, udio umirovljenika bio je značajno veći te su imale značajno više psihosomatskih tegoba nego njihovi vršnjaci 1979. godine. Dvije se generacije nisu razlikovale značajno u udjelu spolova, bračnom stanju, naobrazbi, zdravstvenom i funkcionalnom stanju te u samoprocjeni zdravlja.

1. 4. Obrazloženje teme

Rezultati istraživanja provedenih u Hrvatskoj koja povezuju mentalno zdravlje i osobe starije dobi pokazuju rastuće zanimanje za ova područja. Evidentno je i očekivano da je manji broj istraživanja koja su se bavila ili se bave multidisciplinarnim pristupom kao i pristupima koji uključuju bilo longitudinalna, bilo ispitivanja s vremenskom zadržkom. Također je zamjetno da se mentalno zdravlje ne spominje eksplicitno kao mentalno zdravlje, već se ga se može prepoznati kroz uobičajene korelate koji se spominju i u inozemnim istraživanjima.

S obzirom na raznolike utjecaje na mentalno zdravlje potvrđene u dosadašnjim istraživanjima, mentalno se zdravlje starijih osoba u ovom radu ispituje u okvirima biopsihosocijalnog modela i pristupa cjeloživotnog razvoja. Biopsihosocijalni model vrlo je prihvatljiv jer uzima u obzir moguće biološke (npr. dob, spol, bolesti,...) i socijalne (npr. korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga) činitelje mentalnog zdravlja starijih osoba. Ono što se kroz cjeloživotni pristup dodatno razmatra je kako se ti biološki i socijalni činitelji mogu podijeliti u dvije vrste utjecaja – utjecaje vezane uz dob (npr. fizičko zdravlje, funkcionalne sposobnosti) i utjecaje vezane uz socijalno-povijesne kontekste različitih kohorti (npr. korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga) i kako se to može povezati sa stabilnošću (u smislu postojanosti ili nepromjenjivosti) ili razlikama u mentalnom zdravlju među različitim kohortama.

U radu se, dakle, provjerava mogućnost funkcioniranja nekih dijelova tih modela na mentalnom zdravlju starijih osoba i dodatno se provjerava nešto što u ovim modelima nije provjeravano: stabilnost (kao postojanost ili nepromjenjivost) mentalnog zdravlja u različitim kohortama. Iz pregleda literature o dosadašnjim istraživanjima u Hrvatskoj, moguće je zaključiti da takva provjera nije rađena.

2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

2.1. Cilj istraživanja

Cilj je rada usporediti pokazatelje mentalnog zdravlja i stupnjeve povezanosti bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja starijih osoba iz dvije kohorte – jedne ispitane 1995., a druge ispitane 2005. godine.

2.2. Problemi istraživanja

Navedeni se cilj istraživanja provjerava kroz sljedeće probleme:

1. provjeriti postoje li razlike u pokazateljima mentalnog zdravlja te u biološkim i socijalnim varijablama starijih osoba u Istri između dvije kohorte ispitane 1995. i 2005. godine te provjeriti postoje li te razlike s obzirom na spol, dob i na to žive li osobe same ili ne žive same unutar i između kohorti
2. utvrditi povezanost bioloških i socijalnih varijabli s mentalnim zdravljem i provjeriti postoje li razlike u povezanosti među kohortama ispitanim 1995. i 2005. godine
3. provjeriti postoje li razlike u relativnom doprinosu pojedinih prediktora (bioloških i socijalnih) mentalnom zdravlju među kohortama ispitanim 1995. i 2005. godine.

2.3. Hipoteze istraživanja

Na temelju do sada poznatih rezultata istraživanja i na temelju teorijskih podloga, moguće je postaviti nekoliko hipoteza za postavljene probleme. Za neke probleme, međutim, zbog nedostatnih podataka, ovo će istraživanje biti eksploratorno.

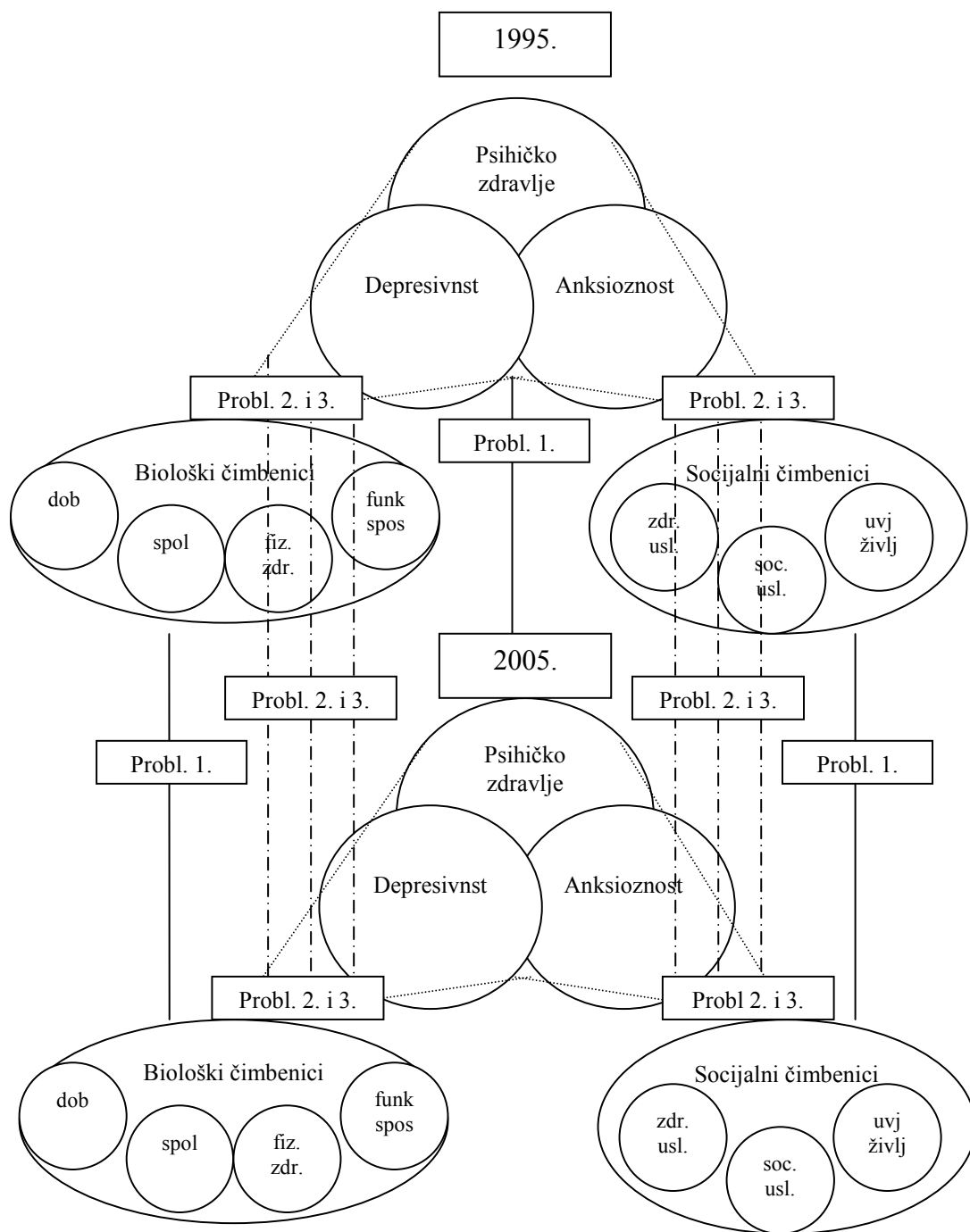
1. Prema modelu cjeloživotnog pristupa, uslijed normativnih utjecaja vezanih uz povoljniji društveno-ekonomski kontekst, pretpostavlja se da će u kasnije ispitanoj kohorti (2005.

godine) mentalno zdravlje biti bolje (viši rezultati na skali psihičkog zdravlja te niži rezultati na skalama depresivnosti i anksioznosti) nego u ranije ispitanjoj (1995. godine), dok biološke varijable vezane uz normativne ontogenetske utjecaje neće biti različite (funkcionalne sposobnosti, fizičko zdravlje). S obzirom na to da nema podataka koji bi upućivali na smjer eventualnih promjena u nekim socijalnim varijablama (korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga), ovim će se istraživanjem taj smjer tek utvrditi.

2. Na temelju do sada poznatih rezultata istraživanja o povezanosti bioloških i socijalnih varijabli i mentalnog zdravlja, pretpostavlja se da će pozitivno s mentalnim zdravljem biti povezani: funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje (biološki) te življenje s nekim (socijalni činitelji), dok će negativno biti povezani: dob (biološki) te korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga i samački život (socijalni činitelji).
3. Očekuje se, prema do sada poznatim rezultatima istraživanja, da će hijerarhijski bolji prediktori mentalnog zdravlja biti biološki od socijalnih činitelja u obje kohorte. S obzirom na to da nema podataka o promjenama prediktivnih vrijednosti među kohortama, postojanje tih promjena će se ovim istraživanjem tek provjeriti.

3. METODA ISTRAŽIVANJA

Provedena su dva istraživanja - 1995. i 2005. godine (*Slika 3*) u koja su bile uključene različite osobe (kohorte), što ovo istraživanje svrstava u pristupe s vremenskom zadržkom (*time-lag*).



Legenda:

- _____ razlike
- korelacije
- korelacije

Slika 3 Nacrt istraživanja s problemima i vremenom provedbi istraživanja

3.1. Sudionici

Sudionici i sudionice su u uzorke birani jednom od metoda slučaja - klasteriranjem: slučajnim odabirom odabrano je 30 klastera (mjesti) u Istarskoj županiji, a slučajnim su odabirom unutar klastera uključene osobe starije od 70 godina koje žive same ili u zajedničkom domaćinstvu. Izuzete su bile osobe koje su terminalno i/ili psihički bolesne te one smještene u ustanove (bolnica, dom za stare,...).

U prvom istraživanju (1995. godina) uzorak je činilo 389 osoba u dobi od 70 do 98 godina, a u drugom istraživanju (2005. godina) uzorak je činila 461 osoba u dobi od 70 do 99 godina. U *Tablici 2* uspoređeni su uzorci po dobi, spolu i po tome žive li starije osobe s nekime.

Tablica 2
Usporedba uzoraka po dobi, spolu i (ne)samačkim uvjetima življenja

		<u>Godina istraživanja</u>		<u>Usporedba</u>		
		1995.	2005.	Test	<i>df</i>	<i>p</i>
Dob		70 – 98 <i>M: 78.5; SD: 5.91</i>	70 – 99 <i>M: 78.1; SD: 5.63</i>	$t = 1.00$	848	.32
Spol	Ž M	267 (62.7%) 122 (31.3%)	300 (65.1%) 161 (34.9%)	$X^2 = 1.21$	1	.27
Žive sami		105 (27%)	148 (32.1%)	$X^2 = 2.71$	1	.11
Ne žive sami		284 (73%)	312 (67.7%)			
	Broj djece (0 – 17 god.) s kojima žive			$X^2 = 11.44$	4	.02
	1	24 (6.2%)	13 (2.8%)			
	2	20 (5.1%)	10 (2.2%)			
	3	2 (0.5%)	3 (0.7%)			
	4	1 (0.3%)	2 (0.4%)			
	Broj odraslih (18 i više god.) s kojima žive			$X^2 = 26.19$	6	.01
	1	135 (34.7%)	220 (47.7%)			
	2	58 (14.9%)	47 (10.2%)			
	3	28 (7.2%)	19 (4.1%)			
	4	21 (5.4%)	14 (3%)			
	5	10 (2.6%)	4 (0.9%)			
	6		3 (0.7%)			

Uzorci se nisu razlikovali u prosječnoj dobi (premda je varijanca uzorka iz 1995. godine nešto veća od uzorka iz 2005.), u omjeru muških i ženskih sudionika, omjeru osoba koje žive same i osoba koje ne žive same. Nešto su se razlikovali po broju osoba s kojima

stanuju: u starijoj je kohorti više starijih osoba živjelo s djecom i s dvije i više odraslih osoba, dok je u mlađoj kohorti bilo više starijih osoba koje su živjele samo s jednom odraslom osobom. Unutar prve i unutar druge kohorte žene i muškarci nisu se razlikovali u prosječnoj dobi. Podijeljeni na mlađe i starije osobe u obje kohorte (kriterij podjele opisan u poglavlju 3.2. *Mjerni instrumenti: Spol i dob*), sudionici se ne razlikuju u prosječnoj dobi između dva istraživanja, kako mlađi, tako ni stariji.

Provjereno je razlikuju li se po *dobi* poduzorcima s obzirom na spol i s obzirom na dob (mlađi i stariji) unutar i između generacija. Između muškaraca i žena unutar generacija nisu utvrđene značajne razlike (1995.: $t = 0.17$; $df = 387$; $p = .10$; 2005.: $t = 1.14$; $p = .25$), kao ni među muškarcima između dvije generacije ($t = 0.10$; $p = .99$), dok su žene, u prosjeku, nešto starije u starijem uzorku ($M_{1995.} = 78.4$; $SD_{1995.} = 6.09$; $M_{2005.} = 77.9$; $SD_{2005.} = 5.51$; $t = 1.19$; $p < .01$). Usporedba mlađih osoba između dviju generacija, kao i usporedba starijih između dviju generacija također nisu pokazale značajne razlike u dobi (mlađi: $t = 0.21$; $df = 194$; $p = .84$; stariji: $t = 0.65$; $df = 117$; $p = .52$).

S pozicije etičkih standarda, Vijeće Škole narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar” i Vijeće Medicinskog fakulteta u Zagrebu odobrili su istraživanja, a sudionici su dobili informacije o istraživanju, ciljevima i postupku. Za svoje sudjelovanje sudionici nisu dobili nikakav tretman niti naknadu i pojašnjeno im je da se njihova imena neće spominjati. Od sudionika je dobivena pismena suglasnost za sudjelovanje.

3.2. Mjerni instrumenti

Mentalno zdravlje u ovom istraživanju ispitivalo se kroz tri varijable: psihičko zdravlje, depresivnost i anksioznost. Očekuje se da među njima ima zajedničke varijance, ali i da svaka sadržava i dio specifične varijance. Na taj je način slika mentalnog zdravlja starijih osoba bolje zahvaćena.

Kao mogući činitelji mentalnog zdravlja ispitivale su se dvije skupine varijabli: biološke i socijalne. Svaka skupina zahvaća veći broj varijabli, no za potrebe ovog istraživanja odabrane su samo neke. Vodeći računa o važnosti pojedinih varijabli i mogućnostima mjerenja, za potrebe ovog istraživanja odabrane su sljedeće:

- biološke: spol, dob, funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje

- socijalne: korištenje socijalnih usluga, korištenje zdravstvenih usluga i (ne)samački uvjeti življenja.

Spol i dob (Prilog A)¹

Za prikupljanje demografskih podataka bio je namijenjen prvi dio upitnika priređen za ovo istraživanje. Sastojao se od dva pitanja koja su se odnosila na spol i dob.

Dob je u nekim provjerama korištena kao kontinuirana varijabla, a u nekim provjerama reducirana je na podjelu na mlađe i starije sudionike unutar svakog uzorka. Kriterij za podjelu na mlađe i starije bio je $M \pm 1 SD$. U obje kohorte u skupinu *mlađih* uključene su osobe od 70 do i uključujući 73 godine. 1995. godine bilo ih je 88, a 2005. bilo ih je 108. U skupinu *starijih* uključene su osobe od 85 (uključujući i 85) i više godina. U istraživanju 1995. godine bilo ih je 60, a 2005. bilo ih je 59. Osobe dobi 74–84 godine nisu bile uključene u analizu u tim provjerama.

(Ne)samački uvjeti življenja (Prilog B)

Iz dijela upitnika koji obuhvaća uvjete stanovanja, varijabla (ne)samački uvjeti življenja određuje se prvo odgovorom *Da* ili *Ne* na pitanje: *Živate li sami?* Zatim se, u slučaju negativnog odgovora, zbraja broj ukućana iz odgovora na dva pitanja: *Koliko odraslih osoba (starijih od 18 godina) živi s Vama?* i *Koliko djece (od 0 do 17 godina) živi s Vama?* Ova varijabla varira od 0 (žive sami) do 8 (žive s ukupno djece i odraslih).

Psihičko zdravlje (Prilog C)

Za operacionalizaciju jedne od varijabli mentalnog zdravlja u ovom istraživanju korištena je skala psihičkog zdravlja iz upitnika SF-36 (Ware i Sherbourne, 1992).

Upitnik SF-36 predstavlja teorijski utemeljenu i empirijski provjerenu operacionalizaciju dvaju generalnih koncepata zdravlja – fizičkog zdravlja i psihičkog zdravlja te dvije njegove općenite manifestacije – funkcioniranje i dobrobit. Njegova je upotreba vrlo rasprostranjena jer je kratak, a obuhvatan, jednostavan za primjenu, ima dobra

¹ Redoslijed opisa varijabli odgovara redoslijedu primjene instrumenata.

psihometrijska svojstva i dokazanu korist u mjerenju i praćenju zdravstvenog statusa u općoj i specifičnim populacijama (Dorr i sur., 2006).

Upitnik SF-36 sastoji se od 36 pitanja višestrukog izbora. Pitanja i tvrdnje se odnose na procjenu vlastitog zdravlja, emocionalnog stanja i aktivnosti na skalama Likertovog tipa (od 1 do 3, 5 ili 6) te *Da - Ne* odgovorima:

- *Zdravlje i emocionalno stanje*: 15 pitanja na skali Likertovog tipa (od 1 do 5 ili 6) odnosilo se na procjenu zdravlja i općenito, na usporedbu sa zdravljem u prethodnoj godini, na usporedbu sa zdravljem drugih ljudi, na procjenu dugogodišnje bolesti, nesposobnosti ili tegobe te na procjenu emocionalnog stanja, energije, iscrpljenosti.
- *Aktivnosti*: 10 pitanja na skali Likertovog tipa (od 1 do 3) odnosilo se na procjenu u kojoj se mjeri osobe bave nekom od svakodnevnih aktivnosti (npr. penjanje stubama, hodanje, nošenje torbe s namirnicama,...).
- *Kombinacija zdravlja i aktivnosti*: odgovorima *Da - Ne* procjenjivali su prisutnost 7 problema u provođenju nekih aktivnosti zbog fizičkog zdravlja ili emocionalnih problema, a odgovorima na četiri skale Likertovog tipa (od 1 do 5) procjenjivali su mjeru u kojoj su fizičko zdravlje ili emocionalni problemi utjecali na društvene aktivnosti te intenzitet tjelesnih boli i ometanja koja su uzrokovale.

Pojedini odgovori na svaku od čestica različito se boduju, a broj bodova zabilježen na svakoj skali transformira se u standardne vrijednosti i baždaren je na jedinstvenu skalu čiji teorijski minimum iznosi 0, a maksimum 100 bodova. Na taj je način moguće kvantitativno uspoređivati različite manifestacije zdravlja koje upitnik mjeri, interpretirati ukupnu razinu i diferenciranost osam dimenzija profila.

Od osam dimenzija, četiri čine profil psihičkog zdravlja koji se u ovom istraživanju uzima kao mjera mentalnog zdravlja: ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (RE): tri čestice; socijalno funkcioniranje (SF): dvije čestice; duševno zdravlje (MH): pet čestica; vitalnost i energija (VT): četiri čestice.

Pouzdanost za skalu psihičkog zdravlja u oba mjerenja (1995. i 2005.) iznosi .91.

Fizičko zdravlje (Prilog C)

Fizičko zdravlje predstavlja rezultat na skali upitnika SF-36 (upitnik je opisan u prethodnom poglavlju). Rezultat uključuje transformaciju bodova četiri subskale (teorijskog raspona od 0 do 100 bodova) koje čine profil zdravstvenoga statusa: fizičko funkcioniranje (PF): deset čestica; ograničenja zbog fizičkih poteškoća (RP): četiri čestice; tjelesni bolovi

(BP): dvije čestice; percepcija općeg zdravlja (GH): pet čestica. Pouzdanost (Cronbach alpha) za skalu fizičkog zdravlja u mjerenju 1995. godine iznosi .70, a u 2005. je .85.

Funkcionalne sposobnosti u svakodnevnom životu (Prilog E)

Barthel indeks aktivnosti svakodnevnog života (*The Barthel Index of Activities of Daily Living*) (Mahoney i Barthel, 1965) mjeri funkcionalnu (ne)ovisnost u osobnoj njezi i pokretljivosti u deset uobičajenih dnevnih aktivnosti: češljanje i pranje zuba, odlazak na zahod, jedenje, kretanje od kreveta do stolice, kretanje po kući, oblačenje, kretanje po stepenicama, kupanje, te kontrola sfinktera. Svaka čestica ima raspon od dva do četiri odgovora (0 do 3 boda), a maksimalni broj bodova je 20. Veći broj bodova znači veću neovisnost u funkcioniranju prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti. U upitniku treba navesti i koliko je često (nikad, rijetko, skoro uvijek i uvijek) na raspolaganju pomoć u izvedbi tih aktivnosti, ako je potrebna, te je potrebno navesti osobe koje pružaju tu pomoć.

Pouzdanost (Cronbach alpha) u mjerenju 1995. godine iznosi .98, a u mjerenju 2005. je .59.

Korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga (Prilog F)

15 pitanja zatvorenog tipa (*Jeste li u posljednjih X mjeseci bili kod/koristili/imali posjet...? Da – Ne - Nisam siguran*) odnosi se na korištenje sljedećih zdravstvenih i socijalnih usluga:

- zdravstvene usluge: odlazak liječniku (opće prakse i specijalistu), usluge fizioterapije, pedikerske usluge, odlazak i boravak u bolnici, kućni posjet medicinske sestre, uzimanje lijekova, uzimanje terapije za depresivnost, nošenje naočala i aparata za sluh
- socijalne usluge: pomoć u pranju i odijevanju, pomoć u kuhanju, čišćenju kuće i kupniji, pomoć ili savjetovanje vezano za povlastice i financije, posjete, obroci dostavljeni kući, odlasci u dnevni centar za umirovljenike.

Vremenski period na koji se odnosilo korištenje usluga varirao je za pitanja od četiri tjedna do godine dana prije intervjuiranja.

Ukupni rezultat za svaku skalu (socijalne usluge i zdravstvene usluge) je zbroj odgovora *Da* (svaki nosi 1 bod) na ovim pitanjima. Maksimalni zbroj na skali korištenja socijalnih usluga je 6, a korištenja zdravstvenih usluga je 9. Veći rezultat označava veće korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga.

Depresivnost i anksioznost (Prilog G)

Bolnička skala anksioznosti i depresivnosti (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, skraćeno HADS) (Zigmond i Snaith, 1983) sastoji se od 14 čestica – po 7 u svakoj subskali (anksioznost i depresivnost). Svaka čestica ima raspon od četiri odgovora (0 do 3 boda), a maksimalan broj bodova po subskali je 21. Veći broj bodova znači veću anksioznost, odnosno depresivnost. Rezultat od 0 do 7 bodova na bilo kojoj subskali ukazuje na normalan raspon, rezultat od 8 do 10 bodova samo sugerira prisutnost takvog stanja, dok 11 i više bodova ukazuje na vjerojatnu prisutnost poremećaja raspoloženja (Snaith, 2003). Iako je skala bila namijenjena otkrivanju prisutnosti i intenziteta poremećaja raspoloženja u bolničkoj populaciji, pokazala se valjanom upravo i u procjeni u zajednici i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Snaith, 2003). Istraživanja pokazuju da su dvodimenzionalna struktura HADS-a i njegova pouzdanost stabilni kroz različitu dob i da je korelacija između HADS-a i dobi mala (Spinhoven i sur., 1997). Subskala depresivnosti pokazuje dobru povezanost s mjerom opće depresivnosti i pokazuje se osjetljivom na promjene u intenzitetu depresije u uzorku pacijenata s depresijom (Flint i Rifat, 1996; Kenn, Wood, Kucyj, Wattis i Cunane, 1987).

Pouzdanost (Cronbach alpha) za subskalu anksioznosti u mjerenju 1995. godine iznosi .80, a u mjerenju 2005. je .84. Pouzdanost za subskalu depresivnosti u 1995. iznosi .80, a u 2005. je .84.

3.3. Postupak

Podaci u istraživanjima prikupljeni su u okviru *Tipping the balance (TTB)*² studije o zdravstvenim potrebama i skrbi za starije osobe u Europi u dva navrata: 1995.-1996. godine i 2005.-2006. godine³. U prvo je istraživanje bilo uključeno devet europskih regija (jugoistočna Irska, tri regije u Ujedinjenom kraljevstvu: Morgannweg, sjeverni Staffordshire i Dudley, Porvoo u Finskoj, Jamtland u Švedskoj, Andaluzija i Barcelona u Španjolskoj i Istarska županija u Hrvatskoj) s 4542 osoba, a u drugo - osam europskih regija (jugoistočna Irska, Espoo i Porvoo u Finskoj, Jamtland u Švedskoj, Kreta u Grčkoj te tri hrvatske županije:

² Tip the balance (eng.) = učiniti promjenu; učiti vjerojatnijim da se nešto dogodi

³ Studiju je provela međunarodna mreža *Tipping the balance* osnovana 1986. koja se bavi razvojem primarne zdravstvene zaštite i koja se temelji na rezoluciji *Zdravlje za sve* iz 1977. i *Deklaraciji iz Alma Ate* iz 1978. Svjetske zdravstvene organizacije (TTB second decennial survey of older people, 2006).

Koprivničko-Križevačka, Istarska i Dubrovačko-Neretvanska) s ukupno 3545 osoba, a neke od regija bile su uključene u oba istraživanja (npr. Istarska županija)⁴.

Oba ova istraživanja o starijim osobama napravljena su u svrhu razumijevanja povezanosti između zdravlja i potreba za zdravstvenom skrbi starijih osoba u različitim europskim regijama te pružanja usluga koje zadovoljavaju navedene potrebe. Svrha istraživanja bila je i pružiti praktične informacije tim regijama s ciljem planiranja, razvoja i unaprjeđenja usluga za starije osobe.

U TTB istraživanjima korištene su dvije grupe instrumenata: obvezan dio - za primjenu u svim regijama i neobvezan dio, po izboru – instrumenti za koje su regije procijenile da im trebaju za specifične procjene. Obvezan dio u oba istraživanja uključivao je instrumente navedene u poglavlju 3.2. *Mjerni instrumenti*. Instrumenti su bili primijenjeni na lokalnim jezicima. U Istarskoj su županiji upitnike primjenjivale za to područne medicinske i patronažne sestre. Primjena se odvijala individualno, u kući sudionika, u obliku strukturiranog intervjua u trajanju do 30 minuta. Redoslijed primjene upitnika: sociodemografski podaci, uvjeti stanovanja, SF-36, Barthel index, korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga, HADS. Podatke su upisivale ispitivačice.

Ciljevi TTB istraživanja bili su:

- pružiti regijama koje sudjeluju u istraživanju profil zdravlja i zdravstvenih potreba lokalnih starijih osoba
- pružiti referentne vrijednosti regijama tako da mogu usporediti zdravstvene profile
- utvrditi promjene u zdravlju starijih osoba i pružanju zdravstvene skrbi u 10 godina
- usporediti različite odgovore na potrebe za zdravstvenom skrbi u različitim europskim regijama
- pokazati primjenu ovih podataka u procesima lokalnog planiranja za poboljšanje zdravstvene skrbi.

⁴ Svaka regija dobiva sve podatke istraživanja i dalje ih može koristiti za obradu u svrhe koje joj treba. Namjera je ponavljati istraživanje svakih deset godina (TTB second decennial survey of older people, 2006).

4. REZULTATI

Prije analize podataka prema postavljenim problemima istraživanja, za kontinuirane varijable provjerena je normalnost distribucija Kolmogorov-Smirnoff testom te indeksima asimetričnosti i spoljoštenosti. Rezultati su prikazani u *Tablici 3*.

Tablica 3
Provjera normalnosti distribucija varijabli u uzorcima

Varijabla		1995.			2005.		
		<i>K-S</i> <i>z</i>	<i>Indeks</i> <i>asimet.</i>	<i>Indeks</i> <i>spljošt.</i>	<i>K-S</i> <i>z</i>	<i>Indeks</i> <i>asimet.</i>	<i>Indeks</i> <i>spljošt.</i>
Mentalno zdravlje	Psihičko zdravlje	0.93	0.96	0.64	1.66**	-3.26	-2.60
	Depresivnost	1.73**	2.63	-1.18	1.76**	3.81	-1.28
	Anksioznost	1.50*	3.50	-0.91	2.00**	5.63	0.09
Biološke varijable	Dob	2.77**	3.87	-1.93	1.79**	6.62	2.30
	Funkc. sposobnosti	4.78**	-18.18	21.43	5.67**	-20.34	37.56
	Fizičko zdravlje	1.17	1.25	-2.75	1.28	0.72	-4.17
Socijalne varijable	(Ne)samački život	5.46**	9.73	2.94	7.42**	18.82	23.51
	Korištenje soc. usl.	5.21**	8.13	5.40	6.26**	12.30	10.32
	Korištenje zdr. usl.	2.48**	-1.76	-3.24	2.88**	-3.56	-0.31

* $p < .05$

** $p < .01$

Iz *Tablice 3* vidi se da distribucije rezultata u varijabli fizičko zdravlje u obje kohorte te psihičko zdravlje u starijoj kohorti ne odstupaju značajno od normalne, dok raspodjele podataka u ostalim varijablama odstupaju. No, kako distribucije u istim varijablama u 1995. i 2005. godini odstupaju uglavnom u istom smjeru (prilog D) i uzorci su veliki, za obradu rezultata korišteni su parametrijski postupci⁵.

Analiza rezultata podijeljena je u tri dijela, u skladu s postavljenim problemima.

⁵ Učinjena je i neparametrijska provjera za račun razlika (Mann-Whitney) i korelacija (Spearmanov koeficijent), a rezultati su se poklapali s rezultatima parametrijske obrade.

4.1. Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte

Mentalno zdravlje starijih osoba provjeravalo se kroz tri varijable:

- psihičko zdravlje
- depresivnost i
- anksioznost.

Biološke varijable uključivale su:

- spol
- dob
- funkcionalne sposobnosti i
- fizičko zdravlje.

Socijalne varijable uključivale su:

- korištenje socijalnih usluga
- korištenje zdravstvenih usluga i
- (ne)samačke uvjete življenja.

Pokazatelji mentalnog zdravlja te biološke i socijalne varijable za dvije kohorte starijih osoba, za jednu mjereni u 1995., a za drugu u 2005. godini prikazani su u *Tablici 4*.

Tablica 4

Deskriptivna statistika mentalnog zdravlja, bioloških i socijalnih varijabli za obje kohorte

Varijabla	Mogući raspon skale	1995.	2005.
		<i>M</i> <i>SD</i> <i>N</i>	<i>M</i> <i>SD</i> <i>N</i>
<i>Mentalno zdravlje</i>			
Psihičko zdravlje	0 – 100	40.3	42.7
		7.19	12.76
Depresivnost	0 – 21	330	428
		9.3	8.2
Anksioznost	0 – 21	4.76	4.73
		364	435
		7.2	6.6
		4.41	4.41
		363	430
<i>Biološke varijable</i>			
Funkc. sposobnosti	0 – 20	17.0	16.5
		3.91	2.14
Fizičko zdravlje	0 – 100	381	444
		35.2	34.6
		11.01	11.67
		330	428
<i>Socijalne varijable</i>			
Korištenje soc. usluga	0 – 6	1.4	1.5
		0.66	0.94
Korištenje zdr. usluga	0 – 9	176	248
		4.9	6.2
		2.64	2.35
		384	461

Pokazatelji mentalnog zdravlja te biološke i socijalne varijable za svaku kohortu po spolu, dobi i s obzirom na to žive li sami ili s nekime prikazani su u *Tablici 5*.

Tablica 5

Deskriptivna statistika mentalnog zdravlja, bioloških i socijalnih varijabli starijih osoba po spolu, dobi i (ne)samačkim uvjetima življenja za obje kohorte

Varijabla	Spol		Dob		Uvjeti življenja	
	Muški	Ženski	Mlađi	Stariji	Sami	S nekim
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	42.7	41.2	42.8	39.2	41.1	41.9
	10.46	10.88	10.39	10.41	10.97	10.66
	255	503	179	98	238	520
Depresivnost	8.3	8.9	7.5	11.1	8.9	8.6
	4.73	4.78	4.56	4.78	4.82	4.75
	263	538	187	108	245	556
Anksioznost	5.7	7.4	6.3	7.2	7.2	6.7
	4.18	4.41	4.42	4.35	4.25	4.48
	262	533	189	107	240	555
<i>Biološke varijable</i>						
Funkc. sposobnosti	16.9	16.6	17.4	15.0	17.2	16.5
	3.19	3.05	2.49	3.94	2.15	3.40
	275	549	193	113	245	579
Fizičko zdravlje	37.5	33.5	37.0	30.7	34.0	35.3
	11.64	11.02	11.87	10.16	10.71	11.67
	255	503	179	98	238	520
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	1.4	1.5	1.4	1.8	1.6	1.4
	0.78	0.86	0.58	0.98	0.93	0.78
	128	296	80	73	137	287
Korištenje zdr. usluga	5.4	5.8	5.7	5.5	5.8	5.6
	2.74	2.46	2.43	2.63	2.45	2.61
	282	563	196	119	252	592

Isti pokazatelji, ali za svaku kohortu prikazani su u *Tablici 6* (starija kohorta) i *Tablici 7* (mlađa kohorta).

Tablica 6

Deskriptivna statistika mentalnog zdravlja, bioloških i socijalnih varijabli starijih osoba po spolu, dobi i (ne)samačkim uvjetima življenja u starijoj kohorti

Varijabla	Spol		Dob		Uvjeti življenja	
	Muški	Ženski	Mlađi	Stariji	Sami	S nekim
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	41.1	39.9	39.9	40.6	40.5	40.2
	7.30	7.12	7.71	7.92	7.40	7.11
	33	89	77	45	36	86
Depresivnost	8.7	9.5	8.5	11.4	9.3	9.2
	5.03	4.63	4.44	4.69	4.59	4.84
	41	99	84	56	39	101
Anksioznost	6.0	7.7	6.5	7.6	7.5	7.0
	4.55	4.24	4.47	4.72	4.21	4.49
	41	100	86	55	39	102
<i>Biološke varijable</i>						
Funkc. sposobnosti	17.4	16.8	18.0	14.8	18.0	16.6
	3.97	3.87	3.08	4.70	2.31	4.29
	41	105	88	58	38	108
Fizičko zdravlje	38.7	33.6	36.9	31.4	34.9	35.4
	11.05	10.63	11.84	9.91	9.78	11.49
	33	89	77	45	36	86
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	1.4	1.4	1.4	1.6	1.4	1.4
	0.66	0.66	0.55	0.76	0.74	0.62
	20	52	34	38	21	51
Korištenje zdr. usluga	4.6	5.1	5.0	4.9	4.9	4.9
	2.81	2.55	2.51	2.80	2.40	2.72
	41	107	88	60	40	108

Tablica 7

Deskriptivna statistika mentalnog zdravlja, bioloških i socijalnih varijabli starijih osoba po spolu, dobi i (ne)samačkim uvjetima življenja u mlađoj kohorti

Varijabla	Spol		Dob		Uvjeti življenja	
	Muški	Ženski	Mlađi	Stariji	Sami	S nekim
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>	<i>SD</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	43.8	42.2	45.0	38.1	41.5	43.4
	12.09	13.09	11.61	12.08	12.8	12.69
	57	98	102	53	49	106
Depresivnost	7.9	8.4	6.7	10.8	8.6	8.0
	4.48	4.86	4.50	4.90	4.98	4.61
	56	99	103	52	47	108
Anksioznost	5.5	7.2	6.2	6.7	6.9	6.5
	3.88	4.55	4.40	3.90	4.28	4.46
	56	99	103	52	47	108
<i>Biološke varijable</i>						
Funkc. sposobnosti	16.4	16.5	16.8	15.1	16.7	16.4
	2.30	2.05	1.69	2.98	1.86	2.26
	58	102	105	55	49	111
Fizičko zdravlje	36.7	33.5	37.0	30.1	33.4	35.2
	12.01	11.34	11.95	10.42	11.29	11.83
	57	98	102	53	49	106
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	1.4	1.6	1.4	2.0	1.7	1.4
	0.84	0.99	0.61	1.15	1.02	0.88
	27	54	46	35	32	49
Korištenje zdr. usluga	6.0	6.3	6.2	6.1	6.4	6.1
	2.54	2.24	2.22	2.33	2.29	2.38
	62	105	108	59	51	116

Za sve su pokazatelje mentalnog zdravlja te biološke i socijalne varijable provjerene i razlike:

- među kohortama
- po spolu
- po dobi
- s obzirom na to žive li osobe same ili s nekime.

Tablica 8

Rezultati dvosmjernih analiza varijance s kohortom i spolom kao nezavisnim varijablama te mentalnim zdravljem, biološkim i socijalnim varijablama kao zavisnim varijablama

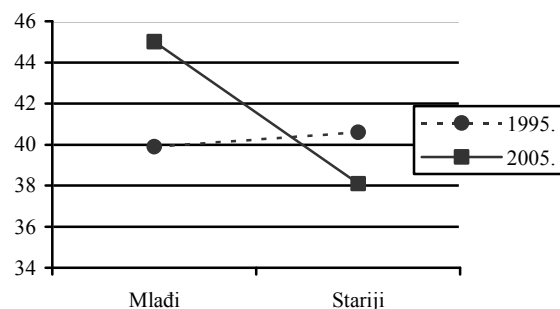
Zavisna varijabla	Izvor varijabiliteta	ZK	ss	PK	F	p
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	Kohorta	1019.079	1	1019.079	8.92	.01
	Spol	338.259	1	338.259	2.96	.09
	Kohorta x spol	8.948	1	8.948	0.08	.78
	Unutar grupa	86132.491	754	114.234		
Depresivnost	Kohorta	163.210	1	163.210	7.25	.01
	Spol	60.369	1	60.369	2.68	.10
	Kohorta x spol	5.069	1	5.069	0.23	.64
	Unutar grupa	17939.221	797	22.508		
Anksioznost	Kohorta	39.207	1	39.207	2.08	.15
	Spol	518.547	1	518.547	27.56	.01
	Kohorta x spol	0.613	1	0.613	0.01	.96
	Unutar grupa	14881.332	791	18.813		
<i>Biološke varijable</i>						
Funkcionalne sposobnosti	Kohorta	76.105	1	76.105	8.00	.01
	Spol	15.244	1	15.244	1.60	.21
	Kohorta x spol	21.468	1	21.468	2.26	.13
	Unutar grupa	7800.028	820	9.512		
Fizičko zdravlje	Kohorta	192.746	1	192.746	1.53	.22
	Spol	2885.300	1	2885.300	22.87	.01
	Kohorta x spol	136.556	1	136.556	1.08	.30
	Unutar grupa	95114.291	754	126.146		
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	Kohorta	0.631	1	0.631	0.91	.34
	Spol	0.482	1	0.482	0.69	.41
	Kohorta x spol	0.287	1	0.287	0.41	.52
	Unutar grupa	291.816	420	0.695		
Korištenje zdrav. usluga	Kohorta	322.821	1	322.821	52.45	.01
	Spol	36.777	1	36.777	5.98	.02
	Kohorta x spol	1.515	1	1.515	0.25	.62
	Unutar grupa	5176.613	841	6.155		

Dvosmjerne analize varijanci pokazuju bolje psihičko zdravlje, manju depresivnost, slabije funkcionalne sposobnosti te veće korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj nego u starijoj kohorti (Tablice 4 i 8). Žene su anksioznije, imaju lošije fizičko zdravlje te koriste više zdravstvenih usluga od muškaraca (Tablice 5 i 8). Interakcije kohorte i spola nisu se pokazale značajnima za mentalno zdravlje, kao ni za biološke i socijalne varijable.

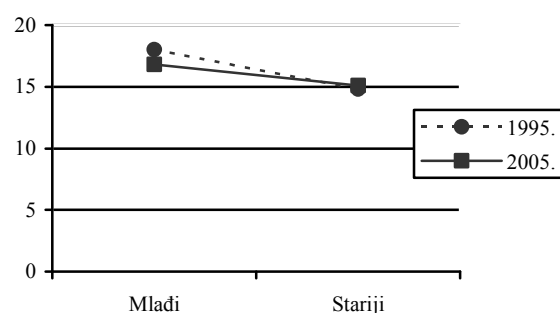
Tablica 9

Rezultati dvosmjernih analiza varijance s kohortom i dobi kao nezavisnim varijablama te mentalnim zdravljem, biološkim i socijalnim varijablama kao zavisnim varijablama

Zavisna varijabla	Izvor varijabiliteta	ZK	ss	PK	F	p
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	Kohorta	95.979	1	95.979	0.92	.34
	Dob	597.053	1	597.053	5.73	.02
	Kohorta x dob	899.478	1	899.478	8.63	.01
	Unutar grupa	28466.369	273	104.272		
Depresivnost	Kohorta	103.464	1	103.464	4.91	.03
	Dob	848.146	1	848.146	40.22	.01
	Kohorta x dob	26.977	1	26.977	1.28	.26
	Unutar grupa	6136.036	291	21.086		
Anksioznost	Kohorta	26.491	1	26.491	1.37	.24
	Dob	45.741	1	45.741	2.36	.13
	Kohorta x dob	4.732	1	4.732	0.24	.62
	Unutar grupa	5655.462	292	19.368		
<i>Biološke varijable</i>						
Funkcionalne sposobnosti	Kohorta	15.823	1	15.823	1.67	.20
	Dob	421.129	1	421.129	44.49	.01
	Kohorta x dob	42.297	1	42.297	4.47	.04
	Unutar grupa	2858.673	302	9.466		
Fizičko zdravlje	Kohorta	24.140	1	24.140	0.19	.67
	Dob	2419.276	1	2419.276	18.85	.01
	Kohorta x dob	30.745	1	30.745	0.24	.63
	Unutar grupa	35036.573	273	128.339		
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	Kohorta	1.360	1	1.360	2.18	.14
	Dob	6.012	1	6.012	9.64	.01
	Kohorta x dob	1.549	1	1.549	2.48	.12
	Unutar grupa	92.981	149	0.624		
Korištenje zdrav. usluga	Kohorta	106.578	1	106.578	17.88	.01
	Dob	1.951	1	1.951	0.33	.57
	Kohorta x dob	0.024	1	0.024	0.01	.95
	Unutar grupa	1853.982	311	5.961		



Slika 4 Interakcija kohorte i dobi za varijablu *psihičko zdravlje*



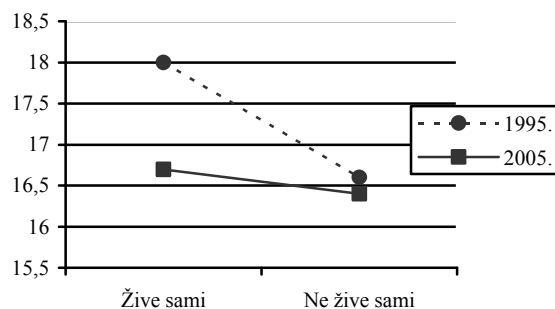
Slika 5 Interakcija kohorte i dobi za varijablu *funkcionalne sposobnosti*

Dvosmjerne analize varijanci potvrđuju manju depresivnost i veće korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj nego u starijoj kohorti (Tablice 4 i 9). Mlađe osobe u odnosu na starije imaju bolje psihičko zdravlje, manju depresivnost, bolje funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje, te koriste manje socijalnih usluga (Tablice 5 i 9). Utvrđene su interakcije kohorte i dobi: na Slici 4 vidi se da je u starijoj kohorti nešto bolje psihičko zdravlje starijih osoba u odnosu na osobe mlađe dobi (Tablica 6), dok je u mlađoj kohorti obratno i veća je razlika između mlađih i starijih osoba (Tablica 7), a na Slici 5 vidi se da su funkcionalne sposobnosti više opadale kod starijih u odnosu na mlađe osobe u starijoj (Tablica 6) nego u mlađoj kohorti (Tablica 7).

Tablica 10

Rezultati dvosmjernih analiza varijance s kohortom i (ne)samačkim životom kao nezavisnim varijablama te mentalnim zdravljem, biološkim i socijalnim varijablama kao zavisnim varijablama

Zavisna varijabla	Izvor varijabiliteta	ZK	ss	PK	F	p
<i>Mentalno zdravlje</i>						
Psihičko zdravlje	Kohorta	683.455	1	683.455	5.98	.02
	(Ne)samački život	100.598	1	100.598	0.88	.35
	Kohorta x (ne)samački život	187.268	1	187.268	1.64	.20
	Unutar grupa	86162.926	754	114.274		
Depresivnost	Kohorta	154.687	1	154.687	6.86	.01
	(Ne)samački život	15.561	1	15.561	0.69	.41
	Kohorta x (ne)samački život	9.301	1	9.301	0.41	.52
	Unutar grupa	17973.195	797	22.551		
Anksioznost	Kohorta	55.206	1	55.206	2.84	.09
	(Ne)samački život	36.148	1	36.148	1.86	.17
	Kohorta x (ne)samački život	0.617	1	0.617	0.03	.86
	Unutar grupa	15369.175	791	19.430		
<i>Biološke varijable</i>						
Funkc. sposobnosti	Kohorta	106.050	1	106.050	11.31	.01
	(Ne)samački život	115.587	1	115.587	12.33	.01
	Kohorta x (ne)samački život	47.951	1	47.951	5.12	.03
	Unutar grupa	7687.419	820	9.375		
Fizičko zdravlje	Kohorta	110.143	1	110.143	0.85	.36
	(Ne)samački život	199.911	1	199.911	1.54	.22
	Kohorta x (ne)samački život	61.580	1	61.580	0.48	.49
	Unutar grupa	97705.651	754	129.583		
<i>Socijalne varijable</i>						
Korištenje soc. usluga	Kohorta	2.004	1	2.004	2.92	.09
	(Ne)samački život	1.760	1	1.760	2.56	.11
	Kohorta x (ne)samački život	1.597	1	1.597	2.32	.13
	Unutar grupa	288.741	420	0.687		
Korištenje zdrav. usluga	Kohorta	311.532	1	311.532	50.34	.01
	(Ne)samački život	4.078	1	4.078	0.66	.42
	Kohorta x (ne)samački život	5.195	1	5.195	0.84	.36
	Unutar grupa	5197.997	840	6.188		



Slika 6 Interakcija kohorte i (ne)samačkih uvjeta življenja za varijablu funkcionalne sposobnosti

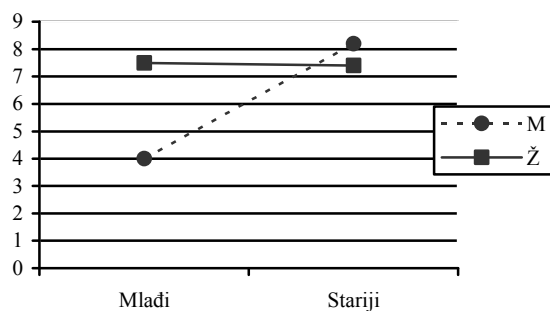
Dvosmjerne analize varijanci potvrđuju bolje psihičko zdravlje, manju depresivnost, slabije funkcionalne sposobnosti i veće korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj nego u starijoj kohorti (*Tablice 4 i 10*). Osobe koje žive same boljih su funkcionalnih sposobnosti u odnosu na one koje ne žive same (*Tablice 5 i 10*). Utvrđena je interakcija kohorte i (ne)samačkih uvjeta življenja (*Slika 6*): u starijoj kohorti funkcionalne sposobnosti više su opadale kod osoba koje ne žive same u odnosu na osobe koje žive same (*Tablica 6*) nego u mlađoj kohorti (*Tablica 7*).

Zatim je trosmjernim analizama varijance provjereno razlikuju li se mentalno zdravlje te biološke i socijalne varijable s obzirom na tri varijable: spol, dob i (ne)samačke uvjete života unutar svake kohorte. Samo statistički značajni rezultati prikazani su u *Tablici 11*.

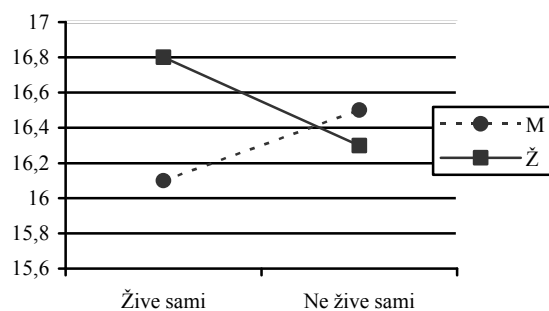
Tablica 11

Rezultati trosmjernih analiza varijance s dobi, spolom i (ne)samačkim životom kao nezavisnim varijablama te mentalnim zdravljem, biološkim i socijalnim varijablama kao zavisnim varijablama za obje kohorte – samo statistički značajni rezultati

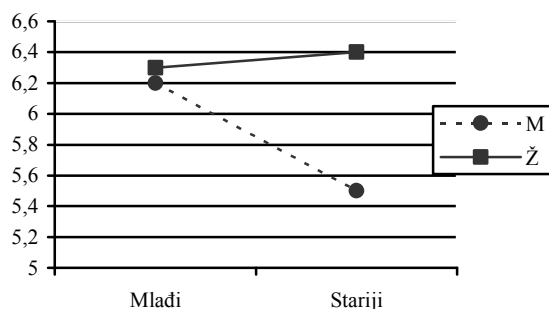
Kohorta	Zavisna varijabla	Izvor varijabiliteta	ZK	ss	PK	F	p
<i>Mentalno zdravlje</i>							
1995.	Psihičko zdravlje	(Ne)samački život	255.573	1	255.573	4.18	.04
2005.		Dob	1011.186	1	1011.186	7.19	.01
1995.	Depresivnost	Dob	131.391	1	131.391	6.24	.01
2005.		Dob	446.686	1	446.686	20.68	.01
1995.	Anksioznost	Dob	124.102	1	124.102	6.24	.01
1995.		Dob x spol	132.218	1	132.218	6.65	.01
<i>Biološke varijable</i>							
1995.	Funkc. sposobnosti	(Ne)samački život	91.444	1	91.444	7.19	.01
2005.		Dob	91.510	1	91.510	18.93	.01
2005.		Spol x (ne)samački život	20.617	1	20.617	4.27	.04
1995.	Fizičko zdravlje	Dob	880.808	1	880.808	7.56	.01
2005.		Dob	805.767	1	805.767	6.05	.02
<i>Socijalne varijable</i>							
1995.	Korištenje soc. usluga	Dob x spol x (ne)samački život	1.731	1	1.731	4.11	.05
2005.	Korištenje zdr. usluga	Dob x spol	22.093	1	22.093	4.42	.04
		Dob x spol x (ne)samački život	34.366	1	34.366	6.88	.01



Slika 7 Interakcija dobi i spola za varijablu *anksioznost* u starijoj kohorti



Slika 8 Interakcija (ne)samačkih uvjeta življenja i spola za varijablu funkcionalne sposobnosti u mlađoj kohorti



Slika 9 Interakcija dobi i spola za varijablu korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj kohorti

Trosmjernje analize varijanci (Tablica 11) potvrđuju već dobivene rezultate da mlađe osobe u odnosu na starije imaju manju depresivnost i bolje fizičko zdravlje u obje kohorte (Tablice 6 i 7) te bolje psihičko zdravlje i funkcionalne sposobnosti u mlađoj kohorti (Tablica 7). U starijoj kohorti anksioznost se pokazuje manjom kod mlađih osoba (Tablica 6). Rezultati pokazuju da u starijoj kohorti osobe koje žive same imaju nešto bolje psihičko zdravlje i funkcionalne sposobnosti u odnosu na osobe koje ne žive same (Tablica 6). Utvrđene su i značajne interakcije. Anksioznost kod muškaraca više raste s dobi (M_{mladi} : 4.0; SD : 4.47; N = 23; $M_{stariji}$: 8.2; SD : 5.66; N = 18) nego kod žena (M_{mlade} : 7.5; SD : 4.12; N = 63; $M_{starije}$: 7.4; SD : 4.26; N = 37) u starijoj kohorti (Slika 7). U mlađoj kohorti funkcionalne sposobnosti kod muškaraca manje su kod samaca ($M_{žive sami}$: 16.1; SD : 3.17; N = 21; $M_{ne žive sami}$: 16.5; SD : 2.15; N = 132), dok su kod žena koje žive same veće nego kod onih koje ne žive same ($M_{žive same}$: 16.8; SD : 1.52; N = 123; $M_{ne žive same}$: 16.3; SD : 2.35; N = 167) (Slika 8). U mlađoj kohorti stariji muškarci koriste manje zdravstvenih usluga od mlađih (M_{mladi} : 6.2;

SD: 2.32; *N* = 38; *M*_{stariji}: 5.5; *SD*: 2.36; *N* = 24), dok je kod žena situacija obrnuta (*M*_{mlade}: 6.3; *SD*: 2.19; *N* = 70; *M*_{starije}: 6.4; *SD*: 2.27; *N* = 35) (Slika 9). Ostale interakcije uključivale su jako mali broj ispitanika u pojedinim grupama (manje od 10), tako da to nije uzeto u obzir za interpretaciju.

Dakle, usporedba triju indikatora *mentalnog zdravlja* pokazala je da u mlađoj kohorti starije osobe postižu više rezultate na skali psihičkog zdravlja i izvješćuju o manjoj depresivnosti u odnosu na stariju kohortu. Od *bioloških varijabli*, osobe u mlađoj kohorti svoje funkcionalne sposobnosti procjenjuju slabijima nego one u starijoj, a u *socijalnim varijablama* razlika se pokazuje u korištenju zdravstvenih usluga, pri čemu je ono češće u mlađoj kohorti. Specifičnosti provjere po *spolu* pokazuju da se žene procjenjuju anksioznijima, da procjenjuju svoje fizičko zdravlje lošijim te da koriste više zdravstvenih usluga od muškaraca u obje kohorte. Specifičnosti usporedbe osoba po *dobi* pokazuju da su starije osobe u obje kohorte slabijeg psihičkog zdravlja (posebno u mlađoj kohorti), depresivnije, da imaju slabije funkcionalne sposobnosti (pogotovo u starijoj kohorti) i fizičko zdravlje, da više koriste socijalne usluge, te da su anksioznije, ali samo u starijoj kohorti. U starijoj kohorti anksioznost kod muškaraca više raste s dobi nego kod žena. U mlađoj kohorti stariji muškarci koriste manje zdravstvenih usluga od mlađih, dok je kod žena situacija obrnuta. Specifičnosti provjere s obzirom na *broj članova kućanstva* pokazuju da osobe koje žive same izvješćuju o boljim funkcionalnim sposobnostima u odnosu na one koje ne žive same, i to više u starijoj kohorti, a samo u starijoj kohorti pokazuju i bolje psihičko zdravlje. U mlađoj kohorti osobe koje žive same koriste više socijalnih usluga od osoba koje ne žive same. U mlađoj kohorti funkcionalne sposobnosti muškaraca manje su u samaca, dok su funkcionalne sposobnosti žena koje žive same veće nego u onih koje ne žive same.

4.2. Povezanost bioloških i socijalnih varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte

Za utvrđivanje povezanosti bioloških i socijalnih varijabli s mentalnim zdravljem izračunate su korelacije za svaku generaciju, a rezultati su prikazani u *Tablicama 12 i 13*.

Tablica 12

Povezanost među varijablama mentalnog zdravlja, biološkim i socijalnim varijablama u starijoj kohorti (Pearsonov koeficijent korelacije)

		Mentalno zdravlje			Biološke varijable			Socijalne varijable		
		Psih. zdr.	Dep.	Anks.	Dob	Funk. spos.	Fiz. zdr.	(Ne)sa m živ.	Kor. soc. u.	Kor. zdr. u.
Mentalno zdravlje	Psih. zdr.	1								
	Dep.	-.13*	1							
	Anks.	-.10	.45**	1						
Biološke varijable	Dob	.00	.21**	.11*	1					
	Funk. spos.	.02	-.50**	-.19**	-.26**	1				
	Fiz. zdr.	-.41**	-.27**	-.33**	-.16**	.32**	1			
Socijalne varijable	(Ne)sam. ž.	-.03	-.01	.11*	.02	-.06	-.04	1		
	Kor. soc. u.	-.05	.24**	.02	.11	-.31**	-.05	-.04	1	
	Kor. zdr. u.	.01	.08	.25**	-.04	-.20*	-.32**	.07	.08	1

* $p < .05$

** $p < .01$

Tablica 13

Povezanost među varijablama mentalnog zdravlja, biološkim i socijalnim varijablama u mlađoj kohorti (Pearsonov koeficijent korelacije)

		Mentalno zdravlje			Biološke varijable			Socijalne varijable		
		Psih. zdr.	Dep.	Anks.	Dob	Funk. spos.	Fiz. zdr.	(Ne)sa m živ.	Kor. soc. u.	Kor. zdr. u.
Mentalno zdravlje	Psih. zdr.	1								
	Dep.	-.67**	1							
	Anks.	-.62**	.56**	1						
Biološke varijable	Dob	-.16**	.24**	-.01	1					
	Funk. spos.	.07	-.17**	.16**	-.27**	1				
	Fiz. zdr.	.14**	-.38**	-.28**	-.19	.16**	1			
Socijalne varijable	(Ne)sam. ž.	.05	-.06	.07	-.10*	.01	.04	1		
	Kor. soc. u.	-.26**	.31**	.16*	.16*	-.35**	-.23**	-.03	1	
	Kor. zdr. u.	-.20**	.22**	.18**	-.01	-.05	-.29**	-.07	.15*	1

* $p < .05$

** $p < .01$

Fisherovim z-testom provjerene su razlike među korelacijama između kohorti i one korelacije među kojima je utvrđena statistički značajna razlika u *Tablicama 12 i 13* deblje su otisnute.

U *Tablicama 12 i 13* vidi se da postoji povezanost među varijablama mentalnog zdravlja u obje kohorte. Negativno su povezani rezultati psihičkog zdravlja i depresivnosti

(značajno više u mlađoj kohorti) te psihičkog zdravlja i anksioznosti, dok je pozitivna povezanost utvrđena između depresivnosti i anksioznosti (značajno više u mlađoj kohorti). Sve su korelacije niske do umjerenih.

Iz *Tablica 12* i *13* vidljivo je da su biološke i socijalne varijable povezane s varijablama mentalnog zdravlja, uglavnom u obje kohorte, a neke korelacije značajne su samo u jednoj kohorti.

Biološke varijable koje su značajno povezane s mentalnim zdravljem koreliraju veličinom od .11 do -.50, gledajući obje kohorte, što ujedno odgovara rasponu u starijoj kohorti, dok korelacija u mlađoj kohorti varira između .14 i -.38. Biološke varijable značajno su povezane s mentalnim zdravljem u dvije kohorte na nekoliko načina. U obje kohorte fizičko je zdravlje povezano sa sve tri varijable mentalnog zdravlja: negativno s depresivnošću (značajno više u mlađoj kohorti) i anksioznošću, te pozitivno (u mlađoj kohorti) i negativno (u starijoj kohorti i to značajno jače) s psihičkim zdravljem. Funkcionalne sposobnosti u obje kohorte povezane su negativno s depresivnošću (značajno više u starijoj kohorti), a s anksioznošću pozitivno u mlađoj kohorti i negativno u starijoj. Dob pozitivno korelira s depresivnošću u obje kohorte i s anksioznošću u starijoj kohorti, a negativno korelira s psihičkim zdravljem samo u mlađoj kohorti.

Socijalne varijable koje su značajno povezane s mentalnim zdravljem koreliraju veličinom od .11 do .31, gledajući obje kohorte, s time da je raspon u starijoj kohorti od .11 do .25, a u mlađoj od -.20 do .31. Socijalne varijable značajno su povezane s mentalnim zdravljem u dvije kohorte na nekoliko načina. Korištenje socijalnih usluga u obje kohorte pozitivno korelira s depresivnošću, a u mlađoj pozitivno korelira i s anksioznošću te negativno s psihičkim zdravljem. Korištenje zdravstvenih usluga u obje kohorte pozitivno korelira s anksioznošću, a u mlađoj pozitivno korelira i s depresivnošću te negativno s psihičkim zdravljem. (Ne)samački uvjeti življenja pozitivno su povezani jedino s anksioznošću u starijoj kohorti.

Gledajući koje su varijable mentalnog zdravlja najviše korelirale s kojom biološkom i socijalnom varijablom u starijoj i u mlađoj kohorti, vidi se da je u starijoj kohorti *biološka varijabla* funkcionalne sposobnosti najviše korelirala s depresivnošću (i to negativno), a u mlađoj je to bilo fizičko zdravlje, koje je također negativno koreliralo s depresivnošću. Od *socijalnih varijabli* u starijoj je kohorti korištenje zdravstvenih usluga najviše koreliralo s anksioznošću (pozitivno), kao indikatorom mentalnog zdravlja, a u mlađoj je to bilo korištenje socijalnih usluga koje je najviše koreliralo s depresivnošću (pozitivno).

4.3. Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte

Za provjeru postoje li razlike u relativnom doprinosu dvije skupine prediktora (bioloških i socijalnih) tumačenju mentalnog zdravlja među kohortama, provedena je *hijerarhijska regresijska analiza*⁶ u kojoj kriterijske varijable predstavljaju: psihičko zdravlje, depresivnost i anksioznost, a prediktori su podijeljeni u dva bloka (skupa): u prvi su blok uključene biološke (dob, spol, funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje), a u drugi socijalne varijable (samačko ili nesamačko kućanstvo, korištenje socijalnih usluga i korištenje zdravstvenih usluga). Hijerarhijska regresijska analiza pokazuje koji skup prediktora ima veći doprinos u prediktivnim vrijednostima – biološki ili socijalni.

⁶ Osim hijerarhijske analize, napravljene su i provjere primjenom kompletne i stupnjevite regresijske analize. Budući da su rezultati vezani za značajnost prediktora i objašnjene varijance vrlo slični, rezultati tih analiza ovdje nisu prikazani.

Tablica 14

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja u obje kohorte

Kriterij	Varijabla	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok				
	Kohorta	0.76	1.22	.03	.01
	2. blok				
	Kohorta	0.40	1.23	.02	
	Dob	-0.13	0.10	-.07	
	Spol	-2.49	1.28	-.11	.04**
	Funkc. sposobnosti	0.50	0.20	.13*	
	Fizičko zdravlje	0.05	0.06	.05	
	3. blok				
	Kohorta	1.46	1.26	.06	
	Dob	-0.14	0.10	-.07	
	Spol	-2.39	1.28	-.10	
	Funkc. sposobnosti	0.29	0.21	.08	.04**
	Fizičko zdravlje	0.01	0.06	-.01	
	(Ne)samački život	-0.16	0.42	-.02	
Korišt. soc. usluga	-2.48	0.74	-.18**		
Korištenje zdr. usluga	-0.52	0.26	-.11*		
Depresivnost	1. blok				
	Kohorta	-0.96	0.53	-.10	.01
	2. blok				
	Kohorta	-0.70	0.49	-.07	
	Dob	0.11	0.04	.14**	
	Spol	0.14	0.51	.01	.18**
	Funkc. sposobnosti	-0.42	0.08	-.26**	
	Fizičko zdravlje	-0.11	0.02	-.24**	
	3. blok				
	Kohorta	-1.10	0.50	-.11*	
	Dob	0.11	0.04	.13*	
	Spol	-0.02	0.52	-.01	
	Funkc. sposobnosti	-0.36	0.08	-.22**	
	Fizičko zdravlje	-0.09	0.02	-.21**	.03**
	(Ne)samački život	-0.17	0.17	-.05	
Korišt. soc. usluga	0.84	0.30	.14**		
Korištenje zdr. usluga	0.15	0.10	.08		

Kriterij	Varijabla	B	SE B	β	Blok ΔR^2
Anksioznost	1. blok				
	Kohorta	-1.92	0.50	-.21**	.04**
	2. blok				
	Kohorta	-1.65	0.47	-.18**	
	Dob	-0.06	0.04	-.07	
	Spol	1.93	0.50	.20**	.13**
	Funkc. sposobnosti	-0.20	0.08	-.13**	
	Fizičko zdravlje	-0.01	0.02	-.22**	
	3. blok				
	Kohorta	-1.94	0.49	-.21**	
	Dob	-0.05	0.04	-.06	
	Spol	2.01	0.50	.21**	
	Funkc. sposobnosti	-0.13	0.08	-.09	
	Fizičko zdravlje	-0.07	0.02	-.17**	.03**
	(Ne)samački život	0.20	0.16	.06	
	Korišt. soc. usluga	0.66	0.30	.12*	
Korištenje zdr. usluga	0.22	0.10	.12*		

Iz *Tablice 14* vidljiv je relativan doprinos bioloških i socijalnih varijabli mentalnom zdravlju, ali je i pripadnosti kohorti uzeta u obzir kao varijabla. Kohorta se kao prediktor pokazuje značajnom samo kada je kriterijska varijabla *anksioznost* i tada objašnjava 4% varijance ($F_{1,850} = 15.03, p < .01$). Dodavanje skupine bioloških varijabli u *psihičkom zdravlju* objašnjava 4% varijance ($F_{5,850} = 3.14, p < .01$), u *depresivnosti* se količina objašnjene varijance povećava na 19% ($F_{5,850} = 16.06, p < .01$) a u *anksioznosti* na 17% ($F_{5,850} = 13.84, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli količina objašnjene varijance povećava se u *psihičkom zdravlju* na 9% ($F_{8,850} = 4.13, p < .01$), u *depresivnosti* na 22% ($F_{8,850} = 11.75, p < .01$) i u *anksioznosti* na 20% ($F_{8,850} = 10.41, p < .01$). Gotovo sve pojedinačne varijable u nekim su kombinacijama značajne za objašnjenje varijance. Detaljnija analiza dalje je rađena posebno za svaku kohortu.

U *Tablicama 19* i *20* prikazani su regresijski (B) i standardizirani parcijalni koeficijenti učešća (β) te jačina povezanosti po blokovima varijabli (Blok ΔR^2) u jednadžbama hijerarhijske regresijske analize za mentalno zdravlje u obje kohorte.

Tablica 15

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja u dvije kohorte

Kriterij	Varijabla	Kohorta 1995.				Kohorta 2005.			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Dob	0.06	0.10	.05		-0.20	0.15	-.09	
	Spol	-2.89	1.39	-.16*	.29**	-2.44	1.73	-.09	.08**
	Funkc. sposobnosti	0.54	0.16	.25**		0.39	0.35	.08	
	Fizičko zdravlje	-0.41	0.07	-.49**		0.22	0.08	.20*	
	2. blok								
	Dob	0.01	0.10	.00		-0.19	0.15	-.08	
	Spol	-2.87	1.39	-.16*		-2.28	1.75	-.09	
	Funkc. sposobnosti	0.42	0.17	.20*		0.16	0.35	.03	
	Fizičko zdravlje	-0.45	0.07	-.53**	.04**	0.16	0.08	.15*	.04**
	(Ne)samački život	-0.43	0.38	-.09		0.01	0.64	.01	
	Korišt. soc. usluga	-0.49	0.96	-.04		-2.69	0.95	-.19**	
	Korištenje zdr. usluga	-0.58	0.25	-.19*		-.37	0.38	-.07	
	Depresivnost	1. blok							
Dob		0.03	0.06	.03		0.16	0.05	.19**	
Spol		0.20	0.88	.02	.20**	0.08	0.61	.01	.26**
Funkc. sposobnosti		-0.55	0.10	-.44**		-0.21	0.12	-.11	
Fizičko zdravlje		0.04	0.06	.03		-0.17	0.03	-.40**	
2. blok									
Dob		0.02	0.07	.03		0.15	0.05	.17**	
Spol		0.16	0.90	.02		-0.13	0.61	-.01	
Funkc. sposobnosti		-0.54	0.11	-.43**		-0.13	0.12	-.07	
Fizičko zdravlje		0.04	0.04	.08	.00**	-0.15	0.03	-.34**	.03**
(Ne)samački život		-0.02	0.25	-.01		-0.24	0.22	-.07	
Korištenje soc. usl.		0.23	0.63	.03		0.95	0.33	.18**	
Korištenje zdr. usluga		0.02	0.17	.01		0.16	0.13	.08	
Anksioznost		1. blok							
	Dob	-0.01	0.06	-.01		-0.11	0.05	-.13*	
	Spol	1.84	0.89	.18*	.12**	1.81	0.59	.20**	.20**
	Funkc. sposobnosti	-0.35	0.10	-.29**		0.03	0.12	.02	
	Fizičko zdravlje	-0.01	0.04	-.03		-0.14	0.03	-.36**	
	2. blok								
	Dob	0.03	0.06	.05	.07**	-0.11	0.05	-.14*	.02**
	Spol	1.89	0.87	.18*		1.79	0.60	.19**	

Kriterij	Varijabla	Kohorta 1995.				Kohorta 2005.			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
	Funkc. sposobnosti	-0.26	0.11	-.21*	0.08	0.12	.05		
	Fizičko zdravlje	0.01	0.04	.02	-0.13	0.03	-.32**		
	(Ne)samački život	0.45	0.24	.16	0.03	0.22	-.01		
	Korištenje soc. usl.	0.08	0.61	.10	0.65	0.34	.13		
	Korištenje zdr. usluga	0.35	0.16	.20*	0.10	0.13	.05		

* $p < .05$

** $p < .01$

Iz *Tablice 15* vidljiv je relativan doprinos bioloških i socijalnih varijabli mentalnom zdravlju u obje kohorte. Kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, u starijoj kohorti biološka skupina varijabli objašnjava 29% varijance ($F_{4,389} = 12.64, p < .01$), a u mlađoj 8% ($F_{4,461} = 5.00, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 33% u starijoj ($F_{7,389} = 8.53, p < .01$) i na 12% ($F_{7,461} = 4.34, p < .01$) u mlađoj kohorti. Pojedinačne varijable koje imaju značajnost u starijoj kohorti su: spol, funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje (biološke varijable) te korištenje zdravstvenih usluga (socijalna varijabla). U mlađoj kohorti to su fizičko zdravlje (biološka varijabla) i korištenje socijalnih usluga (socijalna varijabla).

Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, u starijoj kohorti biološka skupina varijabli objašnjava 20% varijance ($F_{4,389} = 7.84, p < .01$), a u mlađoj 26% ($F_{4,461} = 18.53, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli ne povećava se količina objašnjene varijance u starijoj, a u mlađoj se kohorti povećava na 29% ($F_{7,461} = 12.74, p < .01$). Pojedinačna varijabla koja zadržava značajnost u starijoj kohorti samo je biološka - funkcionalne sposobnosti. U mlađoj kohorti to su dob i fizičko zdravlje (biološke varijable) te korištenje socijalnih usluga (socijalna varijabla).

Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, u starijoj kohorti biološka skupina varijabli objašnjava 12% varijance ($F_{4,389} = 4.23, p < .01$), a u mlađoj 20% ($F_{4,461} = 13.29, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 19% u starijoj ($F_{7,389} = 4.10, p < .01$), odnosno na 22% u mlađoj kohorti ($F_{7,461} = 8.33, p < .01$). Pojedinačne varijable koje zadržavaju značajnu povezanost s kriterijem u starijoj kohorti su: funkcionalne sposobnosti i spol (biološke varijable) i korištenje zdravstvenih usluga (socijalna varijabla). U mlađoj kohorti to su samo biološke varijable: dob, spol i fizičko zdravlje.

Kao i u obradi rezultata vezanoj za prvi problem, osim za sve sudionike u obje kohorte, provjereni su i relativni doprinosi obje skupine prediktora (bioloških i socijalnih) mentalnom zdravlju u kohortama po skupinama s obzirom na:

- spol
- dob
- to žive li osobe same ili žive s nekim.

Tablica 16

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja muškaraca i žena u starijoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Muškarci				Žene			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Dob	0.03	0.23	.02		0.05	0.11	.05	
	Funkc. sposobnosti	0.33	0.28	.17	.47**	0.66	0.21	.29**	.22**
	Fizičko zdravlje	-0.56	0.12	-.65**		-0.34	0.08	-.40**	
	2. blok								
	Dob	-0.03	0.23	-.02		-0.01	0.11	-.01	
	Funkc. sposobnosti	0.16	0.33	.09		0.51	0.23	.23*	
	Fizičko zdravlje	-0.62	0.12	-.71**	.10**	-0.36	0.08	-.42**	.03**
	(Ne)samački život	-1.37	0.92	-.20		-0.25	0.42	-.06	
	Korišt. soc. usluga	-2.36	2.74	-.16		-0.05	1.06	-.01	
Korištenje zdr. usluga	-0.74	0.44	-.24		-0.50	0.34	-.16		
Depresivnost	1. blok								
	Dob	-0.08	0.15	-.10		0.06	0.07	.08	
	Funkc. sposobnosti	-0.51	0.19	-.49*	.22	-0.62	0.13	-.44**	.21**
	Fizičko zdravlje	0.03	0.08	.05		-0.05	0.05	.09	
	2. blok								
	Dob	-0.11	0.17	-.13		0.06	0.07	.08	
	Funkc. sposobnosti	-0.40	0.24	-.38		-0.61	0.14	-.44**	
	Fizičko zdravlje	0.02	.09	.03	.03	0.05	0.05	.09	.00**
	(Ne)samački život	0.40	0.66	.11		-0.15	0.27	-.05	
	Korištenje soc. usl.	1.58	1.99	.80		0.09	0.67	.01	
Korištenje zdr. usluga	-0.02	0.32	-.01		0.03	0.21	.02		

Kriterij	Varijabla	Muškarci				Žene			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Anksioznost	1. blok								
	Dob	0.02	0.15	.03		-0.01	0.07	-.01	
	Funkc. sposobnosti	-0.27	0.18	-.29	.09	-0.41	0.14	-.30**	.09*
	Fizičko zdravlje	0.01	0.08	.03		-0.03	0.05	-.05	
	2. blok								
	Dob	0.09	0.15	.11		0.02	0.07	.03	
	Funkc. sposobnosti	-0.33	0.22	-.36		-0.30	0.14	-.22*	
	Fizičko zdravlje	0.06	0.08	.14		-0.01	0.05	-.02	
	(Ne)samački život	0.39	0.60	.12	.10	0.49	0.27	.18	.08**
	Korištenje soc. usl.	-0.93	1.80	-.13		1.00	0.67	.15	
Korištenje zdr. usluga	0.40	0.29	.27		0.26	0.21	.14		

* $p < .05$

** $p < .01$

Hijerarhijska regresijska analiza u *starijoj* kohorti (Tablica 16) pokazala je da, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, kod muškaraca biološka skupina varijabli objašnjava 47% varijance ($F_{3,122} = 8.12, p < .01$), a kod žena 22% ($F_{3,267} = 8.86, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 57% kod muškaraca ($F_{6,122} = 5.44, p < .01$), a na 25% kod žena ($F_{6,267} = 4.92, p < .01$). Pojedinačna varijabla koja zadržava značajnu povezanost s kriterijem kod muškaraca je fizičko zdravlje (biološka varijabla), a kod žena to su: fizičko zdravlje i funkcionalne sposobnosti (biološke varijable).

Kada su kriterijske varijable *depresivnost* i *anksioznost*, kod muškaraca se regresijske jednadžbe ne pokazuju značajnima, premda funkcionalne sposobnosti, kao pojedinačna varijabla, pokazuju značajnu povezanost s depresivnošću. Kod žena, s obje te kriterijske varijable samo biološka varijabla funkcionalne sposobnosti pokazuje značajnu povezanost s kriterijima.

Tablica 17

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja muškaraca i žena u mlađoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Muškarci				Žene			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Dob	-0.26	0.22	-.13		-0.18	0.20	-.08	
	Funkc. sposobnosti	1.29	0.45	.30*	.21**	-0.40	0.50	-.07	.04
	Fizičko zdravlje	0.21	0.11	.21		0.22	0.10	.18	
	2. blok								
	Dob	-0.32	0.22	-.16		-0.09	0.21	-.04	
	Funkc. sposobnosti	0.92	0.55	.21		-0.34	0.50	-.06	
	Fizičko zdravlje	0.19	0.11	.19	.05**	0.15	0.11	.12	.04
	(Ne)samački život	-1.35	0.83	.17		0.85	0.94	.08	
	Korišt. soc. usluga	-2.54	1.76	-.18		-2.08	1.18	-.16	
Korištenje zdr. usluga	-0.07	0.50	-.01						
Depresivnost	1. blok								
	Dob	0.14	0.07	.17		0.18	0.07	.20*	
	Funkc. sposobnosti	-0.51	0.15	-.30**	.51**	0.06	0.18	.03	.16**
	Fizičko zdravlje	-0.21	0.04	-.50**		-0.14	0.04	-.32**	
	2. blok								
	Dob	0.15	0.07	.18*		0.15	0.07	.17*	
	Funkc. sposobnosti	-0.32	0.18	-.19		0.04	0.18	.02	
	Fizičko zdravlje	-0.19	0.04	-.47**	.02**	-0.12	0.04	-.27**	.03**
	(Ne)samački život	-0.06	0.27	-.02		-0.31	0.33	-.07	
	Korištenje soc. usl.	1.00	0.57	.18		0.82	0.42	.16	
Korištenje zdr. usluga	0.16	0.17	.09		0.15	0.20	.07		
Anksioznost	1. blok								
	Dob	-0.08	0.07	-.12		-0.12	0.07	-.14	
	Funkc. sposobnosti	-0.20	0.15	-.14	.21**	0.24	0.17	.12	.13**
	Fizičko zdravlje	-0.14	0.04	-.43**		-0.14	0.03	-.33**	
	2. blok								
	Dob	-0.10	0.08	-.15		-0.14	0.07	-.17	
	Funkc. sposobnosti	-0.15	0.19	-.11		0.24	0.17	.12	
	Fizičko zdravlje	-0.15	0.04	-.45**	.01**	-0.11	0.04	-.26**	.03**
	(Ne)samački život	0.07	0.28	.03		0.06	0.32	.01	
	Korištenje soc. usl.	0.41	0.59	.09		0.50	0.43	.10	
Korištenje zdr. usluga	-0.14	0.17	-.09		0.34	0.19	.15		

* $p < .05$

** $p < .01$

U mlađoj kohorti (Tablica 17), kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, kod žena se regresijski koeficijent ne pokazuje značajnim, dok kod muškaraca biološka skupina varijabli objašnjava 21% varijance ($F_{3,161} = 6.82, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 26% ($F_{6,161} = 4.42, p < .01$). Nijedna pojedinačna varijabla ne zadržava značajnost kad se uzmu oba bloka varijabli, a samo u prvom bloku značajno su s kriterijem povezane funkcionalne sposobnosti (biološka varijabla).

Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, kod muškaraca biološka skupina varijabli objašnjava 51% varijance ($F_{3,161} = 25.52, p < .01$), a kod žena 16% ($F_{3,300} = 8.59, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli kod muškaraca se količina objašnjene varijance povećava na 53% ($F_{6,161} = 13.57, p < .01$), a kod žena na 19% ($F_{6,300} = 5.41, p < .01$). Pojedinačne varijable koje zadržavaju značajnu povezanost s depresivnošću su dob i fizičko zdravlje (biološke varijable) i kod muškaraca i kod žena.

Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, kod muškaraca biološka skupina varijabli objašnjava 21% varijance ($F_{3,161} = 6.57, p < .01$), a kod žena 13% ($F_{3,300} = 6.47, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli kod muškaraca se količina objašnjene varijance povećava na 22% ($F_{6,161} = 3.41, p < .01$), a kod žena na 16% ($F_{6,300} = 4.16, p < .01$). Pojedinačna varijabla koja zadržava značajnost u oba bloka varijabli i kod muškaraca i kod žena je fizičko zdravlje (biološka varijabla).

Ukratko, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, u starijoj su kohorti rezultati žena sličniji ukupnim rezultatima, a u mlađoj su to rezultati muškaraca. Kada su kriterijske varijable *depresivnost* i *anksioznost*, u obje su kohorte rezultati žena sličniji ukupnim rezultatima. Dakle, ukupni rezultati odražavaju u većoj mjeri rezultate iz podskupine žena.

Tablica 18

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja starije i mlađe grupe u starijoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Starija grupa				Mlađa grupa			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Spol	-3.14	3.24	-.17		-5.10	3.96	-.25	
	Funkc. sposobnosti	0.54	0.30	.32	.32*	0.69	0.51	.25	.38*
	Fizičko zdravlje	-0.46	0.15	-.55**		-0.64	0.19	-.66**	
	2. blok								
	Spol	-2.53	2.54	-.14		-4.23	3.63	-.20	
	Funkc. sposobnosti	0.05	0.28	-.03		0.15	0.63	.06	
	Fizičko zdravlje	-0.41	0.12	-.49**		-0.83	0.19	-.86**	
	(Ne)samački život	-3.74	1.24	-.45**	.32**	-0.87	0.85	-.17	.22**
	Korišt. soc. usluga	-4.24	1.66	-.39*		2.50	4.75	.11	
	Korištenje zdr. usluga	-0.98	0.41	-.33*		-1.90	0.78	-.53*	
	Depresivnost	1. blok							
Spol		1.00	1.85	.10		-0.10	2.08	-.01	
Funkc. sposobnosti		-0.44	0.17	-.49*	.23	-0.60	0.27	-.47*	.22
Fizičko zdravlje		0.02	0.09	.05		0.13	0.10	.27	
2. blok									
Spol		0.63	1.62	.07		0.16	2.25	.02	
Funkc. sposobnosti		-0.14	0.18	-.16		-0.33	0.39	-.26	
Fizičko zdravlje		0.01	0.08	-.02		0.15	0.12	.32	
(Ne)samački život		1.49	0.80	.34	.26*	0.39	0.53	.16	.08
Korištenje soc. usl.		2.64	1.06	.46*		1.46	2.95	.14	
Korištenje zdr. usluga		0.43	0.27	.27		0.34	0.48	.20	
Anksioznost		1. blok							
	Spol	-0.68	2.15	-.07		2.65	2.34	.25	
	Funkc. sposobnosti	-0.23	0.20	-.24	.07	-0.27	0.30	-.20	.15
	Fizičko zdravlje	0.01	0.10	.01		-0.02	0.11	-.0	
	2. blok								
	Spol	-0.98	2.04	-.10		3.51	2.45	.34	
	Funkc. sposobnosti	-0.18	0.23	-.18		0.04	0.43	.03	
	Fizičko zdravlje	0.04	0.10	.08		-0.04	0.13	-.07	
	(Ne)samački život	0.47	1.00	.10	.21	0.78	0.57	.30	.13
	Korištenje soc. usl.	-0.06	1.33	-.10		2.83	3.21	.25	
	Korištenje zdr. usluga	0.77	0.33	.45*		0.07	0.53	.04	

* $p < .05$

** $p < .01$

Hijerarhijska regresijska analiza u *starijoj* kohorti (*Tablica 18*) pokazuje da, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, kod starijih osoba biološka skupina varijabli objašnjava 32% varijance ($F_{3,60} = 3.66, p < .05$), a kod mlađih 38% ($F_{3,88} = 4.3, p < .05$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 64% kod starijih ($F_{6,60} = 6.03, p < .01$), odnosno na 60% kod mlađih osoba ($F_{6,88} = 4.25, p < .01$). Pojedinačne varijable koje zadržavaju značajnu povezanost s psihičkim zdravljem, gledajući oba bloka varijabli kod starijih osoba, su: fizičko zdravlje (biološka varijabla), (ne)samački uvjeti življenja te korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga (socijalne varijable). Kod mlađih osoba to su fizičko zdravlje (biološka varijabla) i korištenje zdravstvenih usluga (socijalna varijabla).

Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, kod mlađih se osoba regresijski koeficijent ne pokazuje značajnim, no funkcionalne sposobnosti, kao pojedinačna varijabla, pokazuju značajno povezanima s kriterijem. Kod starijih osoba sama biološka skupina varijabli ne objašnjava značajno varijancu, dok zajedno biološki i socijalni skup varijabli objašnjava 49% varijance ($F_{6,60} = 3.15, p < .05$). Pojedinačne varijable koje imaju značajnu povezanost s depresivnošću u starijoj kohorti su funkcionalne sposobnosti i korištenje socijalnih usluga.

Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, ni kod starijih, ni kod mlađih regresijske se jednadžbe ne pokazuju značajnima, no korištenje zdravstvenih usluga se, kao pojedinačna varijabla, kod starijih osoba pokazuje značajno povezanom s kriterijem.

Tablica 19

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja starije i mlađe grupe u mlađoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Starija grupa				Mlađa grupa			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Spol	2.36	5.03	.09		-1.86	3.50	-.08	
	Funkc. sposobnosti	-0.04	0.77	-.01	.01	0.98	0.75	.19	.27**
	Fizičko zdravlje	-0.01	0.23	-.01		0.48	0.16	.43**	
	2. blok								
	Spol	1.91	5.84	.07		-3.09	3.82	-.13	
	Funkc. sposobnosti	-0.48	0.84	-.12		0.90	0.77	.17	
	Fizičko zdravlje	-0.09	0.25	-.08	.10	0.43	0.17	.39**	.03*
	(Ne)samački život	-2.14	2.90	-.15		-1.23	1.12	-.16	
	Korišt. soc. usluga	-3.67	2.53	-.34		0.56	2.93	.03	
Korištenje zdr. usluga	-0.08	1.37	-.01		-0.56	0.93	-.09		
Depresivnost	1. blok								
	Spol	-2.12	1.97	-.20		-0.65	1.31	-.06	
	Funkc. sposobnosti	-0.52	0.29	-.33	.17	-0.47	0.28	-.22	.40**
	Fizičko zdravlje	0.08	0.09	.16		-0.26	0.06	-.57**	
	2. blok								
	Spol	-2.14	2.35	-.20		-0.34	1.41	-.03	
	Funkc. sposobnosti	-0.41	0.33	-.26		-0.47	0.28	-.22	
	Fizičko zdravlje	0.12	0.10	.24	.09	-0.24	0.06	-.52**	.05**
	(Ne)samački život	0.10	1.18	.02		-0.08	0.41	-.03	
	Korištenje soc. usl.	1.40	0.97	.32		-0.04	1.08	.01	
Korištenje zdr. usluga	-0.07	0.53	-.01		0.58	0.34	.23		
Anksioznost	1. blok								
	Spol	-0.20	1.59	-0.03		1.63	1.35	.18	
	Funkc. sposobnosti	-0.18	0.24	-.15	.02	-0.22	0.29	-.11	.23*
	Fizičko zdravlje	0.02	0.07	.05		-0.16	0.06	-.38**	
	2. blok								
	Spol	-0.91	1.89	-0.11		2.07	1.48	.23	
	Funkc. sposobnosti	-0.10	0.26	-.08		-0.20	0.29	-.10	
	Fizičko zdravlje	0.04	0.08	.11	.12	-0.13	0.07	-.31	.05
	(Ne)samački život	0.23	0.95	.06		0.25	0.43	.09	
	Korištenje soc. usl.	0.67	0.78	.21		0.04	1.13	.01	
Korištenje zdr. usluga	0.39	0.42	.22		0.46	0.36	.20		

* $p < .05$

** $p < .01$

U *mlađoj* kohorti (*Tablica 19*) pokazuje se da kod starijih osoba regresijske jednadžbe nisu statistički značajne i nijedna kriterijska varijabla nije značajno povezana s prediktorima. Kod mlađih osoba, biološki skup varijabli objašnjava 27% varijance ($F_{3,108} = 4.57, p < .01$) kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, 40% ($F_{3,108} = 8.28, p < .01$) kada je *depresivnost* kriterij te 23% ($F_{3,108} = 3.71, p < .05$) kad je to *anksioznost*. Dodavanjem socijalnih varijabli objašnjena varijanca povećava se na 30% ($F_{6,108} = 2.45, p < .05$) kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, na 45% ($F_{6,108} = 4.64, p < .01$) kad je *depresivnost* kriterij, dok u slučaju *anksioznost* jednadžba nije značajna. Za sve tri kriterijske varijable samo se fizičko zdravlje (biološka varijabla) pokazuje značajno povezanim s kriterijima, kao pojedinačna varijabla.

Ukratko, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, u obje su kohorte rezultati podskupine mlađih osoba sličniji ukupnim rezultatima. Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, u starijoj su kohorti rezultati podskupine starijih osoba sličnije ukupnim rezultatima, a u mlađoj kohorti ukupni su rezultati sličniji onima mlađe podskupine. Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, samo su u mlađoj kohorti ukupni rezultati nešto sličniji rezultatima mlađe podskupine. Dakle, ukupni rezultati odražavaju u većoj mjeri rezultate iz podskupine mlađih osoba.

Tablica 20

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja osoba koje žive same i koje ne žive same u starijoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Žive sami				Ne žive sami			
		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	Blok ΔR^2
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Spol	-8.57	4.39	-0.27		-3.35	1.54	-0.20*	
	Dob	0.01	0.15	-.01		0.10	0.13	.07	
	Funkc. sposobnosti	0.59	0.35	.23	.20*	0.37	0.17	.20*	.37**
	Fizičko zdravlje	-0.32	0.13	-.33*		-0.49	0.07	-.62**	
	2. blok								
	Spol	-8.20	4.56	-0.26		-3.12	1.50	-.19*	
	Dob	-0.03	0.17	-.03		0.03	0.13	.02	
	Funkc. sposobnosti	0.52	0.37	.21	.00	0.28	0.20	.15	.06**
	Fizičko zdravlje	-0.34	0.14	-.34*		-0.52	0.07	-.67**	
Korišt. soc. usluga	-0.20	1.46	-0.02		-0.14	1.31	-.01		
Korištenje zdr. usluga	-0.31	0.55	-.09		-0.76	0.28	-.25**		
Depresivnost	1. blok								
	Spol	0.54	2.48	0.03		-0.39	1.02	-.04	
	Dob	0.13	0.09	.18		-0.06	0.08	-.07	
	Funkc. sposobnosti	-0.65	0.20	-.43**	.28**	-0.50	0.11	-.47**	.20**
	Fizičko zdravlje	0.12	0.08	.19		-0.02	0.05	.01	
	2. blok								
	Spol	0.63	2.56	.03		-0.42	1.02	-.04	
	Dob	0.12	0.10	.18		-0.06	0.09	-.07	
	Funkc. sposobnosti	-0.70	0.21	-.46**	.01**	-0.42	0.14	-.39**	.02**
	Fizičko zdravlje	0.10	0.08	.18		-0.01	0.05	0.01	
Korištenje soc. usl.	-0.47	0.82	-.08		1.05	0.89	.14		
Korištenje zdr. usluga	-0.15	0.31	-.07		0.07	0.19	.04		
Anksioznost	1. blok								
	Spol	-0.47	2.72	-0.03		2.52	1.01	.28*	
	Dob	0.05	0.09	.07		0.01	0.08	.02	
	Funkc. sposobnosti	-0.50	0.22	-.34*	.12	-0.13	0.11	-.13	.10
	Fizičko zdravlje	-0.05	0.08	-.08		0.01	0.05	.03	
	2. blok								
	Spol	-0.45	2.79	-0.02		2.37	0.97	.26*	
	Dob	0.04	0.10	.06		0.06	0.08	.08	
	Funkc. sposobnosti	-0.44	0.23	-.30	.03	-0.10	0.13	-.10	.09**
	Fizičko zdravlje	-0.03	0.09	-0.06		0.04	0.05	.09	
Korištenje soc. usl.	0.92	0.89	.15		-0.24	0.85	-.04		
Korištenje zdr. usluga	0.16	0.34	.07		0.52	0.18	.32**		

* $p < .05$ ** $p < .01$

Rezultati hijerarhijske regresijske analize u *starijoj* kohorti (Tablica 20) pokazuju da, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, kod osoba koje žive same biološka skupina varijabli objašnjava 20% ($F_{4,284} = 2.79, p < .05$), a kod osoba koje ne žive same 37% varijance ($F_{4,284} = 11.70, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli kod osoba koje ne žive same, ne povećava se količina objašnjene varijance, dok se kod osoba koje ne žive same povećava na 43% ($F_{6,284} = 9.59, p < .01$). Fizičko zdravlje jedina je pojedinačna varijabla koja je značajno povezana s kriterijem kod osoba koje žive same, a kod osoba koje ne žive same to su, u oba bloka varijabli: spol i fizičko zdravlje (biološke varijable) te korištenje zdravstvenih usluga (socijalna varijabla).

Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, kod osoba koje žive same biološka skupina varijabli objašnjava 28% varijance ($F_{4,105} = 4.47, p < .01$), a kod osoba koje ne žive same 20% ($F_{4,284} = 5.12, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli količina objašnjene varijance povećava se na 29% kod osoba koje žive same ($F_{6,105} = 3.00, p < .01$), a na 22% kod osoba koje ne žive same ($F_{6,284} = 3.63, p < .01$). Pojedinačna varijabla koja zadržava značajnu povezanost s depresivnošću i kod osoba koje žive same i kod onih koje ne žive same je samo biološka - funkcionalne sposobnosti.

Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, kod osoba koje žive same nije utvrđena značajna povezanost, premda su funkcionalne sposobnosti - pojedinačna varijabla koja je značajno povezana s kriterijem. Kod osoba koje ne žive same biološka skupina varijabli ne objašnjava varijancu, a skupina socijalnih varijabli objašnjava 19% ($F_{6,284} = 3.09, p < .05$) varijance, pri čemu varijable spola i korištenja zdravstvenih usluga pokazuje pojedinačnu značajnu povezanost s anksioznošću.

Tablica 21

Sažetak hijerarhijske regresijske analize za prediktore mentalnog zdravlja osoba koje žive same i koje ne žive same u mlađoj kohorti

Kriterij	Varijabla	Žive sami				Ne žive sami			
		B	SE B	β	Blok ΔR ²	B	SE B	β	Blok ΔR ²
Psihičko zdravlje	1. blok								
	Spol	4.93	4.07	-.15		-0.87	2.00	-.04	
	Dob	-0.15	0.27	-.07		-0.20	0.19	-.09	
	Funkc. sposobnosti	0.01	0.68	.01	.08	0.64	0.41	.13	.08*
	Fizičko zdravlje	0.25	0.14	.21		0.21	0.09	.19*	
	2. blok								
	Spol	-5.03	4.15	-0.15		-1.31	2.00	-.05	
	Dob	-0.11	0.26	-.05		-0.22	0.19	-.10	
	Funkc. sposobnosti	-0.33	0.69	-.06	.05	0.42	0.42	.09	.04**
	Fizičko zdravlje	0.22	0.14	.19		0.12	0.10	.11	
	Korišt. soc. usluga	-3.06	1.46	-.25*		-2.20	1.22	-.15	
	Korištenje zdr. usluga	0.26	0.64	.05		-0.62	0.49	-.11	
Depresivnost	1. blok								
	Spol	-0.23	1.74	-.02		-0.15	0.61	-.02	
	Dob	0.14	0.11	.16		0.17	0.06	.20**	
	Funkc. sposobnosti	-0.04	0.28	-.02	.10	-0.29	0.13	-.16*	.37**
	Fizičko zdravlje	-0.12	0.06	-.24*		-0.19	0.03	-.49**	
	2. blok								
	Spol	-0.58	1.76	-.04		-0.05	0.62	-.01	
	Dob	0.13	0.11	.14		0.17	0.06	.20**	
	Funkc. sposobnosti	0.12	0.29	.05	.07*	-0.23	0.13	-.13	.02**
	Fizičko zdravlje	-0.10	0.06	-.20		-0.17	0.03	-.43**	
	Korištenje soc. usl.	1.29	0.60	.25*		0.66	0.37	.13	
	Korištenje zdr. usluga	0.12	0.26	.05		0.14	0.15	.07	
Anksioznost	1. blok								
	Spol	2.53	1.41	0.21		1.55	0.67	.18*	
	Dob	-0.19	0.09	-.25*		-0.06	0.06	-.08	
	Funkc. sposobnosti	-0.18	0.23	-.09	.20**	0.10	0.14	.06	.21**
	Fizičko zdravlje	-0.14	0.05	-.31**		-0.15	0.03	-.39**	
	2. blok								
	Spol	2.07	1.45	0.17		1.52	0.68	.17*	
	Dob	-0.19	0.09	-.24*		-0.06	0.06	-.07	
	Funkc. sposobnosti	-0.12	0.24	-.06	.04**	0.15	0.14	.09	.01**
	Fizičko zdravlje	-0.12	0.05	-.28*		-0.14	0.03	-.37**	
	Korištenje soc. usl.	0.60	0.55	.13		0.60	0.41	0.02	
	Korištenje zdr. usluga	0.29	0.22	.15		-0.05	0.17	-0.02	

* $p < .05$ ** $p < .01$

U *mlađoj* kohorti (*Tablica 21*) rezultati pokazuju da, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, kod osoba koje žive same nije utvrđena značajna, premda je korištenje socijalnih usluga - pojedinačna varijabla koja je značajno povezana s kriterijem. Kod osoba koje ne žive same biološka skupina varijabli objašnjava 8% varijance ($F_{4,312} = 3.31, p < .05$), a dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 12% ($F_{6,312} = 3.13, p < .01$). Nijedna pojedinačna varijabla ne zadržava značajnost u oba bloka varijabli, dok je samo u biološkoj skupini varijabli fizičko zdravlje značajno povezano s kriterijem.

Kada je kriterijska varijabla *depresivnost*, kod osoba koje žive same nije utvrđena značajna povezanost s biološkim skupom varijabli, premda su fizičko zdravlje i korištenje socijalnih usluga - pojedinačne varijable koje su značajno povezane s kriterijem. Kod osoba koje ne žive same biološka skupina varijabli objašnjava 37% varijance ($F_{4,312} = 20.87, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli količina objašnjene varijance postaje 17% kod osoba koje žive same ($F_{6,148} = 2.32, p < .05$), a kod onih koje ne žive same povećava se na 39% ($F_{6,312} = 14.85, p < .01$). Pojedinačne varijable koje zadržavaju značajnu povezanost s kriterijem kod osoba koje žive same su fizičko zdravlje i korištenje socijalnih usluga, a kod osoba koje ne žive same to su: dob, funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje.

Kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, kod osoba koje žive same biološka skupina varijabli objašnjava 20% varijance ($F_{4,148} = 4.15, p < .01$), a kod osoba koje ne žive same 21% ($F_{3,312} = 9.24, p < .01$). Dodavanjem skupine socijalnih varijabli povećava se količina objašnjene varijance na 24% kod osoba koje žive same ($F_{6,148} = 3.38, p < .01$) te na 22% kod osoba koje ne žive same ($F_{6,312} = 6.52, p < .01$). Pojedinačne varijable koje su zadržale značajnu povezanost s anksioznošću kod osoba koje žive same su dob i fizičko zdravlje, a kod osoba koje ne žive same to su spol i fizičko zdravlje.

Ukratko, kada je kriterijska varijabla *psihičko zdravlje*, u obje su kohorte rezultati podskupine osoba koje ne žive same sličniji ukupnim rezultatima. Kada su kriterijske varijable *depresivnost* i *anksioznost*, u starijoj su kohorti rezultati osoba koje ne žive same sličnije ukupnim rezultatima, a u *mlađoj* kohorti u obje su podskupne podjednako slični ukupnim rezultatima. Dakle, ukupni rezultati odražavaju u većoj mjeri rezultate iz podskupine osoba koje ne žive same.

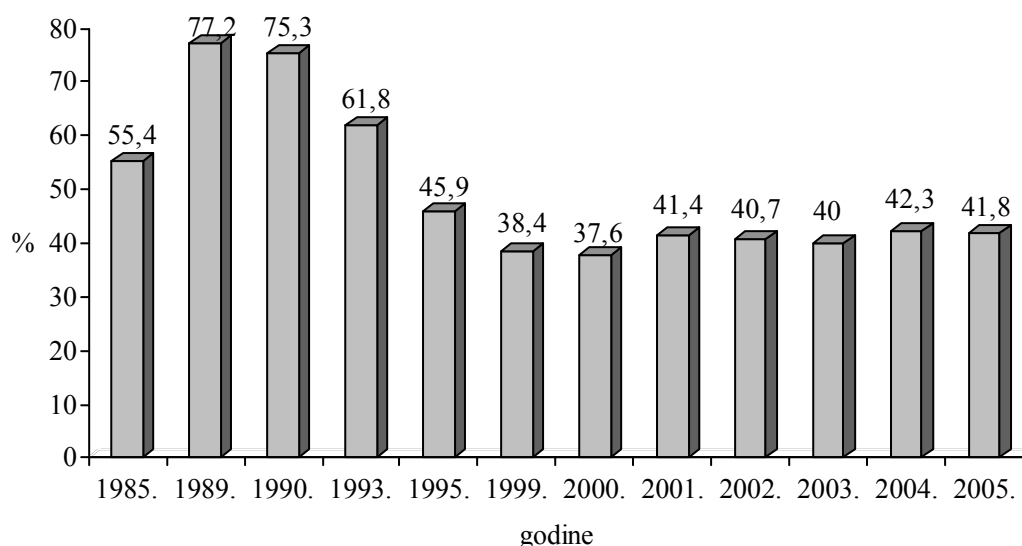
5. RASPRAVA

5.1. Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte

Usporedba triju indikatora mentalnog zdravlja između dvije kohorte pokazala je da u mlađoj kohorti, ispitanoj 2005. godine, starije osobe postižu više rezultate na skali psihičkog zdravlja i izvješćuju o manjoj depresivnosti u odnosu na stariju kohortu, ispitanu 1995. godine (*Tablica 4*). Iako se nije pokazala statistički značajnom, tendencija prema manjoj anksioznosti također je primjetna u mlađoj kohorti (*Tablica 4*). Ovi su nalazi u skladu s postavljenom hipotezom koja je predviđela bolje mentalno zdravlje starijih osoba u mlađoj kohorti. Naime, prema modelu cjeloživotnog pristupa, uslijed normativnih utjecaja vezanih uz povoljniji društveno-ekonomski kontekst 2005. u odnosu na 1995. godinu, u kasnije ispitanj kohorti mentalno je zdravlje bolje nego u ranije ispitanj kohorti.

Društveno-povijesni kontekst 1995. godine obilježilo je razdoblje neposrednog završetka rata. Podaci pokazuju da rat utječe na samoprocijenjeno zdravlje, fizičke sposobnosti i na mentalno zdravlje (Babić-Banaszak i sur., 2002). Istraživanja starije populacije tijekom rata i u poraću identificiraju starije osobe kao posebno osjetljivu skupinu (Poredoš i Ivanec, 2004) koja, s obzirom na dob, nema pred sobom toliko vremena koliko bi moglo trajati oporavljanje od rata, bilo u fizičkom smislu, bilo u socijalnoj obnovi, bilo u obnavljanju vedrijeg pogleda na svijet i budućnost. Stoga je depresivnije gledanje iz 1995. očekivanije za kohortu koja tek izlazi iz rata i ne zna što je očekuje, a upravo je doživjela da su mnoge negativne pojave moguće, dok je kohorta ispitanj 2005. doživjela da je oporavak od rata moguć, da je i vrijeme poraća završilo, što može doprinijeti manje depresivnom raspoloženju, odnosno boljem mentalnom zdravlju. Osim rata, Hrvatska je u trenutku ispitivanja starije kohorte prolazila i kroz puno intenzivnije tranzicijske probleme iz jednog društveno-ekonomskog sustava u drugi (Knurowski i sur., 2004), stvaranje nacionalne države te specifične društvene pojave s osobinama odgođene demokracije i neuspješne europske integracije (Zrinščak, 2000). Povećana depresivnost s konca devedesetih godina XX. stoljeća u zemljama takve tranzicije, u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama, potvrđuje vezu između društvenih događaja i mentalnog zdravlja (Knurowski i sur., 2004). Deset godina kasnije ti su procesi bili manje intenzivni, a stanje stabilnije. Tome svjedoče i pokazatelji udjela prosječnih mirovina u prosječnim plaćama te pokazatelji gospodarskog rasta. Na *Slici 10* vidi se da je, iako vrlo sličan udio prosječne mirovine u prosječnoj plaći u 1995. (45.9%) i 2005. godini (41.8%), zapravo kontekst onaj koji ih razlikuje. Tako je u 1995. godini takav

udio prosječne mirovine u prosječnoj plaći predstavljao nastavak trenda oštrog pada udjela mirovina u plaćama koji je započeo 1989. godine, dok je sličan, čak i manji udio prosječne mirovine u prosječnoj plaći u 2005. godini bio nastavak trenda stabilizacije. Ovo potvrđuje da je vlastiti doživljaj ili subjektivna procjena, ključniji za osjećaj vlastite dobrobiti nego sam po sebi objektivni, u ovom slučaju ekonomski pokazatelj.



Slika 10 Udio prosječne mirovine u prosječnoj plaći (1985.-2005.)
Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (prema Žganec i sur., 2008)

Što se povoljnijeg gospodarskog stanja u 2005. u odnosu na 1995. tiče, više je pokazatelja koji govore o razvoju: povećanje stope gospodarskog rasta od oko prosječno 4% godišnje, tendencija usporavanja porasta zaduženja, povećanje udjela otplaćenog inozemnog duga, smanjen deficit salda, rast prosječne neto plaće, povećanje zaposlenosti, a prema podacima Eurostata iz 2006., životni standard u Hrvatskoj doseže gotovo polovicu prosječnog životnog standarda u Europskoj uniji (Bayley i Gorančić-Lazetić, 2006). BDP po stanovniku u 1995. iznosio je 3667 eura, a u 2005. godini 8043 eura (Ostroški, 2010), a neki od osnovnih zdravstvenih pokazatelja također potvrđuju pozitivne promjene: mortalitet djece (do 5 godina života) 1995. iznosio je 17 (na tisuću djece), a 2004. godine iznosio je 7, dok je očekivano trajanje života u trenutku rođenja 1995. godine iznosilo 72, a 2004. godine 75 godina (WHO, 1996, 2006).

Iako se materijalni položaj umirovljenika ni u 2005. ne može smatrati zadovoljavajućim jer starija populacija ima značajno lošiju ekonomsku situaciju nego ostale dobne skupine (ekvivalentni kućanski dohodak starijih osoba niži je za 20-40% od ekvivalentnog kućanskog dohotka ostalih dobnih skupina), a rizik siromaštva u Hrvatskoj

raste posebice nakon 50. godine života i najveći je u najstarijoj dobnoj skupini (starije osobe imaju 70% veću vjerojatnost da će živjeti u siromaštvu nego građani Hrvatske općenito) (Japec i Šućur, 2007), kada se uspoređuju ove dvije kohorte, razlike su zamjetne i prednosti idu u korist mlađe kohorte.

Biološke varijable u dvije kohorte

Hipoteza da biološke varijable vezane uz normativne ontogenetske utjecaje neće biti različite u dvije kohorte potvrđena je u slučaju *fizičkog zdravlja (Tablica 4)*. Budući da se cjelokupni uvjeti koji bi mogli utjecati na promjene u fizičkom zdravlju u tih deset godina nisu toliko promijenili (primjerice nije bilo većih zaraza, nedaća, kao npr. radijacija, rata, ili medicinskih intervencija, kao što su obvezne pretrage, itd.), nije se činilo da bi moglo doći do većih promjena u fizičkom zdravlju. Stoga se na fizičko zdravlje ovdje gleda pod utjecajem normativnih ontogenetskih faktora koji kod većine ljudi u toj dobi doprinose pojavi i tijeku sličnih stanja i bolesti. Mentalno se zdravlje, u usporedbi s fizičkim, u ovom slučaju pokazuje osjetljivijim na promjene u kohortama.

Dio hipoteze koji se odnosi na očekivanje jednakih *funkcionalnih sposobnosti* mlađe i starije kohorte nije potvrđen. Naime, osobe u mlađoj kohorti svoje funkcionalne sposobnosti procjenjuju slabijima nego osobe u starijoj kohorti (*Tablica 4*). Budući da je ovdje riječ o samoprocjeni, a ne o mjerenju izvedbi funkcionalnih sposobnosti starijih osoba, moguće objašnjenje za ovu razliku može ležati u promjeni standarda koje za svoje funkcionalne sposobnosti imaju osobe iz mlađe kohorte. Moguće je, naime, da osobe iz mlađe kohorte za sebe postavljaju viša očekivanja - da budu sposobnije izvoditi aktivnosti svakodnevnog življenja samostalnije, bez tuđe pomoći. Takva obrazloženja navode neki autori (Schnittker, 2005) koji povezuju očekivanja i zdravlje te ograničenja s pripadanjem različitim kohortama. Novija vremena sugeriraju važnost ostanka u formi, osnivaju se klubovi za starije osobe koji promoviraju aktivniji i rekreativniji život, a i sve je očitiji trend smanjenja kućanstava i porasta udjela samačkih kućanstava (Ostroški, 2010), pa to sve mogu biti razlozi za viša očekivanja vezana za vlastite funkcionalne sposobnosti starijih osoba u mlađoj generaciji.

Neke uobičajene razlike između *spolova* nađene su i u ovom istraživanju. Žene procjenjuju svoje fizičko zdravlje lošijim, procjenjuju se anksioznijima te koriste nešto više zdravstvenih usluga od muškaraca u obje kohorte (*Tablice 6, 7 i 8*). Razlike među muškarcima i ženama u samoprocijenjenom fizičkom zdravlju dobro su dokumentirane i obično im se pridružuju i razlike u funkcionalnim sposobnostima (Knurowski i sur., 2004;

Murtagh i Hubert, 2004; Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005), dok u ovom istraživanju nisu nađene razlike u samoprocijenjenim funkcionalnim sposobnostima. Pretpostavlja se da je uzrok ovim razlikama u fizičkom zdravlju i funkcionalnim sposobnostima između muškaraca i žena veća prevalencija nefatalnih stanja i bolesti (prijeloma, osteoporoze, boli u leđima, osteoartritis i depresije) u žena u odnosu na muškarce. No pretpostavlja se također da su žene sklonije govoriti o bolestima ili i pretjerivati o njima, dok su muškarci skloniji potcjenjivati njihovu prisutnost (Murtagh i Hubert, 2004). Razlog za odsustvo razlika u samoprocijenjenim funkcionalnim sposobnostima između muškaraca i žena u ovom istraživanju možda leži u doista boljim funkcionalnim sposobnostima žena koje postaju svjesnije da je za njih puno vjerojatnije da će ostarjeti same, pa je za njihovu samostalnost važno održavanje funkcionalnih sposobnosti.

Anksioznost, s druge strane, manje je istraživana, no uglavnom se pokazuje višom u žena nego u muškaraca (Feingold, 1994; Fuentes i Cox, 2000; Lowe i Reynolds, 2005; Schaub i Linden, 2000). Viši stupanj anksioznosti u žena nalazi se neovisno o dobi, a mogućih je razloga nekoliko: a) jer žene doživljavaju više anksioznosti; b) jer su spremnije iskazati svoje osjećaje anksioznosti u odnosu na muškarce; c) jer mjere anksioznosti dotiču više femininih nego maskulinih osjećaja (Lowe i Reynolds, 2005).

Utvrđena razlika koja ide u smjeru nešto većeg korištenja zdravstvenih usluga žena nego muškaraca, vrlo je mala. Jedna od pretpostavki je da je uzrok razlika među spolovima u procesu socijalizacije, tradicionalnoj ženskoj ulozi i razlikama u društvenom položaju, što rezultira povećanom svijesti o vlastitom zdravlju žena (Babić-Banaszak i sur., 2002).

Usporedba osoba po *dobi* unutar i između kohorti pokazala je da su starije osobe u obje kohorte slabijeg psihičkog zdravlja (posebno u mlađoj kohorti), depresivnije, da imaju slabije funkcionalne sposobnosti (pogotovo u starijoj kohorti) i fizičko zdravlje, da više koriste socijalne usluge te da su anksioznije, ali samo u starijoj kohorti (*Tablice 6, 7 i 9*). Ovakav nalaz u skladu je s općim padom u funkcioniranju i zdravlju, kako fizičkom, tako i mentalnom koji je povezan sa starijom starom dobi jer pod utjecajem ontogenetskih normativnih faktora dolazi do slabljenja organizma i veće podložnosti bolestima (npr. Knurowski i sur., 2004). Vitalnost ili budnost kod ljudi opada s dobi tako da ispod neke kritične vrijednosti nestane te se može smatrati energetsom rezervom za suprotstavljanje izazovima prema organizmu s ciljem uspostavljanja ispravnih funkcija (Parsons, 2002). To ide u prilog hipotezi o tome da nema razlike u biološkim varijablama u dvije kohorte i također ide u prilog utjecaju dobno-normativnih faktora koje spominje opća teorija razvoja.

U starijoj kohorti anksioznost kod muškaraca više raste s dobi nego kod žena (*Tablice 6, 7 i 9*). Objašnjenje bi se za ovakav nalaz moglo ponuditi u normativnim faktorima vezanim za poratne uvjete koji su vrijedili u starijoj kohorti: stariji su se muškarci osjećali tjeskobnije u nepovoljnijim vremenima, dok su se žene bolje prilagođavale nepovoljnim uvjetima.

U mlađoj kohorti stariji muškarci koriste manje zdravstvenih usluga od mlađih, dok je kod žena situacija obrnuta. Ovdje bi obrazloženje moglo ići također u skladu s promijenjenim društvenim uvjetima, ali samo kod muškaraca: mlađi muškarci više uočavaju važnost zdravstvenih pregleda od starijih muškaraca, dok kod žena ta mala razlika u korištenju zdravstvenih usluga vjerojatno odražava uobičajenu rastuću potrebu za zdravstvenim uslugama s dobi.

Socijalne varijable u dvije kohorte

Za korištenje usluga, bilo zdravstvenih, bilo socijalnih, nije bila postavljena hipoteza jer nije bilo podataka koji bi upućivali na smjer eventualnih promjena. Usporedba socijalnih varijabli između dvije kohorte pokazala je veće korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj kohorti (*Tablica 4*). Iako u mlađoj kohorti osobe nisu izvijestile o lošijem zdravstvenom stanju u odnosu na stariju kohortu, izvijestile su o slabijim funkcionalnim sposobnostima (*Tablica 4*). Upravo u skladu s prethodno navedenim mogućim obrazloženjem za razliku u samoprocijenjenim funkcionalnim sposobnostima, i u slučaju većeg korištenja zdravstvenih usluga moglo bi se pretpostaviti da se radi o razlici u standardima između mlađe i starije kohorte. Tako bi, po toj pretpostavci, osobe iz mlađe kohorte više koristile zdravstvene usluge koje im možda služe kao prevencija pogoršavanja zdravstvenog stanja, dok su osobe iz starije kohorte zdravstvene usluge koristile manje jer su smatrale da im je dovoljno dobro i da mogu još pričekati s traženjem neke zdravstvene usluge. Istraživanja europskih zemalja koje se nalaze u tranziciji prema tržišnoj ekonomiji, pokazala su da su sposobnosti osoba u starijoj kohorti da se prilagode promijenjenim uvjetima bile ograničenije te da su one uglavnom pasivnije čekale na pružanje usluga (Bien i sur., 2001, prema Knurovski i sur., 2004). Noviji trendovi u skrbi za stare u zemljama Europske unije, a tako i u Hrvatskoj, nastoje promovirati zdravo i aktivno starenje u kojem starijem čovjeku nije namijenjena uloga *primatelja usluga*, nego aktivno sudjelovanje u donošenju i provođenju odluka bitnih za njegov život, između ostalog, i većom društvenom aktivnošću u cjelini (Žganec i sur., 2008). Za kvalitetan život nije dovoljno biti slobodan od pretjeranih smetnji, niti imati potencijal za miješanje u nečiju

životnu okolinu, nego biti uključen u proces samoostvarenja kroz aktivnosti koje ljude čine sretnima (Hyde, Wiggins, Higgs i Blane, 2003).

Osim toga, razlozi za veće korištenje zdravstvenih usluga u novije vrijeme mogli bi se nalaziti i u većoj ponudi i dostupnosti takvih usluga u odnosu na desetljeće ranije, a rast broja i kvalitete usluga događao se u okvirima razdoblja konstantnoga gospodarskog rasta i povećanja BDP-a (Matković i Zrinščak, 2006). No osim ponude usluga, razlozi za veće korištenje zdravstvenih usluga u mlađoj kohorti mogli bi se objasniti i već spomenutim učestalijim samačkim životom i moguće manjom stigmatizacijom oko korištenja takvih usluga. Naime, korištenje socijalnih usluga starije osobe mogu poistovjetiti sa socijalnom pomoći, a stigmatizacija je u tom smislu prisutna (Šućur, 2004). Trend povećavanja broja samačkih kućanstva sve je očitiji (Žganec i sur., 2008) i posljedica je ne samo sve manjih obitelji, nego i želje članova da žive odvojeno. Iako obitelj i dalje ostaje vrlo visoko na vrijednosnoj ljestvici, slabi tradicionalna obiteljska solidarnost i nestaje proširena obitelj. Sve je više „atipičnih“ obitelji, samačkih kućanstava, kohabitativnih zajednica itd. U Hrvatskoj i drugim zemljama raste broj jednoroditeljskih obitelji i samačkih kućanstava, koji su rizični s aspekta siromaštva. S obzirom na tip kućanstva, starije osobe (posebice žene) koje žive samački, u najnepovoljnijoj su financijskoj i ekonomskoj situaciji (Japec i Šućur, 2007).

Kada je riječ o korištenju usluga, starije se osobe više usmjeravaju korištenju zdravstvenih nego socijalnih usluga. Ovakav nalaz može se objasniti s dva razloga: tržište socijalnih usluga slabije je razvijeno (u usporedbi sa zapadnim zemljama i u usporedbi sa zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj), a s druge strane ponuda socijalnih usluga novija je i manje poznata u odnosu na ponudu zdravstvenih usluga. Tržište socijalnih usluga u Hrvatskoj još je uvijek nedovoljno razvijeno, bilo u pogledu slabe pokrivenost socijalnim uslugama smještajnog tipa, bilo u pogledu ponude izvaninstitucionalnih oblika skrbi i usluga koje omogućuju starim ljudima da što duže ostanu živjeti u vlastitom domu (Žganec i sur., 2008). Tome treba dodati da u Hrvatskoj još uvijek postoji znatna zakonska i provedbena odvojenost zdravstvenoga i socijalnog sustava skrbi koji su regulirani po različitim zakonskim osnovama i financirani na različite načine te time otežavaju provođenje lokalnih pristupa i bolju koordinaciju stručnih djelatnika iz ovih sustava u provođenju cjelovite lokalne brige za starije (Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2000). Starije osobe procjenjuju usluge zdravstvene skrbi najdostupnijima i najpotrebnijima, dok usluge pomoći u kući procjenjuju i manje dostupnima i manje potrebnima (Havelka i sur., 2000). Novina socijalnih usluga odnosi se na njihovu ulogu zamjene za ono što su nekad pružali članovi (proširenih, višegeneracijskih) obitelji, susjedi, sumještani, dakle socijalna mreža koju su činile ili bliske osobe, ili osobe

koje su smatrale da im je to dio dobrosusjedske ili sumještanske uloge. U trendovima koji su sve prisutniji u ovom najzapadnijem dijelu Hrvatske, obitelji imaju sve manje članova i uloge se mijenjaju. Funkciju podrške npr. u obavljanju aktivnosti, kupnji, pospremanju itd., premda i dalje u malom udjelu, sve više nude za to osnovane službe ili organizacije. Ponegdje i u potpunosti preuzimaju tu ulogu, ne samo u institucionalnom obliku (kroz domove za starije osobe), nego i u vaninstitucionalnim oblicima skrbi (primjerice projekti geronto-domaćica u naseljima s malim brojem stanovnika i to pretežno ili isključivo starije dobi). Vaninstitucionalni oblici skrbi imaju za cilj što je moguće duže i kvalitetnije podržati starije osobe da funkcioniraju što samostalnije u njima najugodnijem okruženju, a to je za većinu osoba njihov dom, te odgoditi smještaj u institucije. Osim toga, lokalni vaninstitucionalni oblici skrbi starijoj osobi daju aktivniju ulogu u odlučivanju o svojim prioritetima (Žganec i sur., 2008). Međutim, korištenje socijalnih usluga, iako u vrlo blagom porastu, i dalje se dobrim dijelom doživljava kao stigmatizirajuće. Stigmatizacija se odnosi na gledanje na stariju osobu kao da o njoj nitko ne brine, kao da ju je njezina obitelj odbacila. Osim toga, mnogi su ljudi, pa tako i stariji, nepovjerljivi prema nepoznatim osobama koje bi im mogle kročiti u kuću kako bi im pomogle. A s obzirom na to da su socijalne usluge u odnosu za zdravstvene usluge novije u ponudi u društvu, i prepoznavanje ponude kao i prepoznavanje dostupnosti manje je jasno od zdravstvenih usluga. Na primjer, starija će osoba znati da treba ići liječniku ako je nešto boli i to točno onom kojem pripada (specijalistu opće medicine), dok u slučaju da joj je teško otići do trgovine, ne mora znati da postoji neka organizacija koja ima djelatnike ili volontere koji takvu uslugu nude i pod kojim uvjetima (npr. plaća li se ili ne, treba li biti član/ica te organizacije da bi se ta usluga dobila itd.).

U ovom istraživanju rezultati pokazuju da starije osobe više koriste socijalne usluge nego mlađe (*Tablice 5 i 9*). Razlog za to nije neobičan – starije osobe najvjerojatnije uslijed veće depresivnosti, slabijeg zdravlja i funkcionalnih sposobnosti u odnosu na mlađe osobe (*Tablice 5 i 9*) imaju veće potrebe za korištenjem socijalnih usluga. Dakle, može se objasniti normativnim faktorima vezanim uz dob iz opće teorije razvoja.

Najbliže ispitivanju *socijalne podrške* u ovome je istraživanju bio broj članova kućanstva. Iako kvantiteta ne nosi sa sobom nužno i kvalitetu socijalnih odnosa, ovdje su nalazi ipak išli u prilog tome da između samačkog i nesamačkog domaćinstva starije osobe postoje razlike.

Osobe koje žive same izvješćuju o boljim funkcionalnim sposobnostima u odnosu na one koje ne žive same, i to više u starijoj kohorti, a samo u starijoj kohorti pokazuju i bolje psihičko zdravlje (*Tablice 6 i 7*). U objašnjenju ovakvog rezultata mogu se nalaziti stvarno bolje funkcionalne sposobnosti osoba koje žive same što im i omogućuje da žive same (to može biti i uzrok i posljedica). S druge strane, ovaj nalaz možda upućuje na razlike u smještajnim kapacitetima u domovima za starije osobe. Naime, novije vrijeme obilježava manjak kapaciteta u domovima za starije osobe (Žganec i sur., 2008), što bi moglo upućivati na to da su ranije osobe slabijeg i psihičkog zdravlja većim dijelom živjele s obitelji ili su bile smještene u dom, dok u mlađoj kohorti ima više osoba koje, unatoč slabijem psihičkom zdravlju, nemaju mjesto u domu.

U mlađoj kohorti osobe koje žive same koriste nešto više socijalnih usluga od osoba koje ne žive same (*Tablica 7*). Razumljivo je da starije osobe koje žive same imaju veće potrebe za podrškom u takvim oblicima usluga koje osobama koje s nekim žive vjerojatno pomažu zadovoljiti članovi obitelji (pospremanje, kuhanje, kupovina,...). Zašto se ovaj nalaz pojavljuje samo u mlađoj kohorti, moguće je objasniti istim razlozima koji su već prethodno opisani i tiču se povećanih potreba za tom vrstom usluga i povećanom ponudom u novije vrijeme.

U mlađoj kohorti funkcionalne sposobnosti muškaraca manje su u samaca, dok su funkcionalne sposobnosti žena koje žive same veće nego u onih koje ne žive same. Ovakav nalaz mogao bi se opet pokušati objasniti normama koje se mijenjaju u društvu. Više je udovica i do trostruko nego udovaca (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005) te su se žene takvoj društvenoj ulozi prilagodile boljim funkcioniranjem u odnosu na one žene koje ne žive same. S druge strane, moguće je da su upravo te žene odlučile ostati same radije nego živjeti s muškarcima o kojima će morati brinuti, pa je više muškaraca u novije vrijeme koji ostaju sami, a ujedno imaju slabije funkcionalne sposobnosti. Oni s boljim funkcionalnim sposobnostima moguće je da su u prednosti da budu izabrani za suživot.

Nalazi su, dakle, objašnjivi unutar modela cjeloživotnog pristupa: uslijed normativnih utjecaja vezanih uz povoljniji društveno-ekonomski kontekst 2005. u odnosu na 1995. godinu, u kasnije ispitanjima mentalno je zdravlje bolje nego u ranije ispitanjima; dio bioloških varijabli nije se promijenio u dvije kohorte, što se pripisuje normativnim ontogenetskim utjecajima; razlike u socijalnim varijablama između dvije kohorte mogu se

objasniti normativnim faktorima vezanim uz društveno-povijesna zbivanja iz opće teorije razvoja.

5.2. Povezanost bioloških i socijalnih varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte

Budući da mentalno zdravlje obuhvaća i pozitivna i negativna obilježja, njegovo jednoznačno određivanje nije jednostavno, a niti sasvim moguće. Ovu poteškoću potkrepljuje i činjenica da se iste varijable ponekad smatraju kriterijima za mentalno zdravlje, a ponekad prediktorima mentalnog zdravlja. Da bi se obuhvatnije opisalo mentalno zdravlje starijih osoba, u ovom je istraživanju ono bilo određeno s tri indikatora. Među trima *varijablama mentalnog zdravlja* (Tablice 12 i 13) utvrđena je povezanost: negativno su povezani rezultati na skali psihičkog zdravlja i depresivnosti te psihičkog zdravlja i anksioznosti, dok depresivnost i anksioznost koreliraju pozitivno. Ovakav nalaz upućuje na ono što je potvrđeno u ranijim istraživanjima. Istovremena depresija i anksioznost kao komorbidni poremećaj mentalnog zdravlja u starijih se osoba javlja rjeđe (od 2% do 9.5%, Van der Weele i sur., 2009). No depresivnost i anksioznost u subkliničkim se slučajevima, dakle samo na razini simptoma, javljaju često zajedno. Međutim, istraživanja potvrđuju da se ipak radi o dva odvojena konstrukta unutar jednog faktora višeg reda („negativni afektivitet”) (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). Povezanost anksioznosti i depresivnosti može imati dvosmjerni učinak: anksioznost može biti prediktor depresije (Schoevers i sur., 2003), a može imati i zaštitni efekt na mortalitet starijih depresivnih osoba (Holwerda i sur., 2007). No važno je podsjetiti da se mentalno zdravlje ne može svesti samo na odsustvo anksioznosti i depresivnosti, već obuhvaća i prisustvo *zdravih* obilježja.

Dijelovi varijance koje objašnjava svaki od tri indikatora za sebe, upućuju na to da svaki od njih mjeri neke specifičnosti, koje onda doprinose boljoj slici mentalnog zdravlja ispitivanog u ovom radu.

Provjera povezanosti bioloških i socijalnih varijabli s *mentalnim zdravljem* pokazuje da su obje te skupine varijabli povezane uglavnom u obje kohorte, dok su neke korelacije značajne samo u jednoj kohorti (Tablice 12 i 13). Većina ih potvrđuje postavljene hipoteze o povezanosti i smjeru, no neke i ne.

Od *bioloških* varijabli najviše korelacija s mentalnim zdravljem pokazalo je *fizičko zdravlje*. U skladu s hipotezom, fizičko je zdravlje u obje kohorte bilo negativno povezano

(-.27 i -.38) s depresivnošću i anksioznošću (-.33 i -.28), a pozitivno povezanim s psihičkim zdravljem (.14) pokazalo se samo u mlađoj kohorti.

Fizičko se zdravlje, bilo procijenjeno medicinskim pretragama, bilo samoprocijenjeno, kao što je u ovom slučaju, konzistentno pokazuje povezanim s mentalnim zdravljem (Berkman i sur., 1986; Borg i sur., 2006; Lampinen i sur., 2006; Lee i Shinkai, 2005; Murphy i sur., 2009; Seymour i sur., 2008). Nekoliko je razloga koji objašnjavaju tu povezanost, a svi se uklapaju u biopsihosocijalni model zdravlja i bolesti. Zabrinutost, tjeskoba, strah, loše raspoloženje i nedostatak inicijative mogu se javiti kao posljedica sagledavanja lošeg zdravlja i loše zdravstvene prognoze. No razlog za depresivnost i anksioznost mogu biti i nuspojave nekih lijekova (Davison i Neale, 1999), a i biokemijski putevi mogu imati patogenetsku ulogu. Depresija, primjerice, može uzrokovati slabljenje imunskog sustava što može voditi opadanju neuromuskularne funkcije (Kivelä i Pakkala, 2001). Razlog povezanosti mentalnog i fizičkog zdravlja može se nalaziti i u internalizaciji negativnih stereotipa – o gubitku zdravlja te fizičkih i psihičkih funkcija sa starenjem koji mogu povećati osjetljivost na bolest (Golub i Langer, 2007). Istraživanja potvrđuju i drugu stranu: što starije osobe svoje zdravlje procjenjuju boljim, to su zadovoljnije i sretnije (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Tome u prilog ide rezultat u ovom istraživanju koji ukazuje na, iako vrlo malu, pozitivnu povezanost (.14) između psihičkog i fizičkog zdravlja u mlađoj kohorti. No u starijoj je generaciji ta povezanost značajno veća i negativna (-.41). Moguće objašnjenje za ovaj nalaz moglo bi biti u specifičnoj situaciji kraja rata u kojoj su starije osobe, što im je samoprocijenjeno fizičko zdravlje bilo lošije, ulagale više napora u ideju da moraju izdržati, imati snage i tjerali se naprijed. Prema biopsihosocijalnom modelu bolesti i zdravlja, upravo interakcija između psihosocijalnih procesa (npr. procjena situacije i uvjeta življenja) i bioloških faktora (fizičko zdravlje) vodi boljem ili lošijem psihičkom zdravlju.

Hipotezu potvrđuje i povezanost *funkcionalnih sposobnosti* - negativna (-.17 i -.50) s depresivnošću u obje kohorte i s anksioznošću (-.19) u starijoj kohorti.

Funkcionalne sposobnosti potrebne za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (pripremanje hrane, jedenje, odijevanje, održavanje higijene, pospremanje stana, kupovina), kao i fizičko zdravlje, konzistentno se pokazuju povezanima s mentalnim zdravljem (Bowling i sur., 1996; Borg i sur., 2006; Lee i Shinkai, 2005). Što je osoba samostalnija u brizi za svoje potrebe, zadovoljnija je i manje depresivna i anksiozna, odnosno s većim teškoćama rastu depresivni simptomi, tjeskoba i smanjuje se zadovoljstvo životom (Hsu, 2009). Povezanost s depresivnošću u ovom se istraživanju pokazala značajno većom u starijoj (-.50) nego u mlađoj kohorti (-.17). Za pretpostaviti je da su u ratnim i poratnim vremenima starijim osobama

vlastite funkcionalne sposobnosti bile izvor većeg mentalnog zdravlja, odnosno da ih je mnogo više nego mlađu generaciju brinulo što će se dogoditi ako ne budu mogle skrbiti same za sebe. U mlađoj se generaciji čak javlja, iako vrlo mala (.16), pozitivna povezanost između anksioznosti i funkcionalnih sposobnosti. Ovdje je moguće ponuditi obrazloženje da mlađa generacija ima veća očekivanja od svojih funkcionalnih sposobnosti od starije, pa tako napetije i zabrinutije osobe (za sebe, za svoju budućnost) nastoje (i uspijevaju) održati što bolju razinu samostalnog funkcioniranja. Ponovo se, unutar biopsihosocijalnog modela, potvrđuje da su procjene vlastitih funkcionalnih sposobnosti filtrirane kroz psihosocijalne procese (očekivanja, standarde) i tako povezane s anksioznošću.

Dob se pokazala pozitivno povezanom s depresivnošću u obje kohorte i s anksioznošću u starijoj kohorti, te negativno s psihičkim zdravljem samo u mlađoj kohorti, što je u skladu s postavljenom hipotezom. Iako je povezanost manja (najveća korelacija iznosi .24), ona sugerira ono što se dobiva u istraživanjima o rastu psihijatrijskog morbiditeta s dobi kod starijih osoba (Skoog, 2004; Wernicke i sur., 2000). No u ovim bi se uzorcima to moglo povezati i s brigom uslijed neizvjesnosti. Naime, zbog sve većeg broja samačkih kućanstava, a nedovoljnog broja mjesta u domovima za stare, može se pretpostavljati da u sve starijih osoba raste zabrinutost oko budućnosti (tko će brinuti o njima, hoće li imati dovoljno novaca, što ako se razbole, itd.).

Od *socijalnih* varijabli, korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga povezano je negativno s mentalnim zdravljem, kako je bilo i pretpostavljeno u hipotezi, dok (ne)samački uvjeti življenja nisu.

Korištenje socijalnih usluga u obje kohorte pozitivno korelira (.24 i .31) s depresivnošću (i u oba spola), a u mlađoj pozitivno korelira s anksioznošću (.16) te negativno (-.26) s psihičkim zdravljem. Ukupno gledajući - osobe slabijeg mentalnog zdravlja više koriste socijalne usluge, premda je ova povezanost mala. Veći broj utvrđenih korelacija u mlađoj kohorti može se objasniti ranije opisanim razlikama u ponudi i dostupnosti socijalnih usluga u mlađoj generaciji, a još je vjerojatnije i većom osviještenošću, odnosno zabrinutošću mlađe generacije za sebe.

Korištenje zdravstvenih usluga u obje kohorte pozitivno korelira s anksioznošću (.18 i .25), a u mlađoj pozitivno korelira (.22) s depresivnošću te negativno s psihičkim zdravljem (-.20). Više povezanosti između korištenja zdravstvenih usluga i anksioznosti može se povezati sa zabrinutošću koju anksiozne osobe mogu imati oko svoga zdravlja, što ih onda može motivirati da češće koriste zdravstvene usluge (Holwerda i sur., 2007). U mlađoj

kohorti čini se da i osobe s depresivnijim simptomima više traže zdravstvene usluge. Ovo je u skladu s prethodnim nalazima da umjereno i jače depresivne odrasle osobe koriste i trebaju više medicinskih usluga (Badger, 1998). Ova povezanost u mlađoj kohorti može se pripisati većoj osviještenosti mlađe generacije, članova njihovih obitelji, ili liječnika za poticanje osoba s depresivnim simptomima na korištenje zdravstvenih usluga. To je u skladu i s nalazom da starije osobe (s kroničnim bolestima) koje dobivaju proaktivnu zdravstvenu njegu u kući, u usporedbi s onima koji je dobivaju samo na zahtjev, imaju bolje mentalno zdravlje, manju depresivnost i percipiraju socijalnu podršku većom (Markle-Reid i sur., 2006).

Istraživanja pokazuju da povezanosti između korištenja usluga, bilo zdravstvenih, bilo socijalnih, i mentalnoga zdravlja, ovise o znanju starijih osoba o njihovoj ponudi, o njihovom obrazovanju i prethodnim iskustvima u korištenju tih usluga. Također, važne su procjene starijih osoba o vlastitim potrebama, kao i o procjeni da im te usluge mogu zadovoljiti potrebe, a važne su procjene dostupnosti usluga (fizička, financijska,...), podrška okoline te neke osobine ličnosti (spol, etnička pripadnost, vjerovanje u kontrolu, itd.) (Auslander i sur., 2005; Coulton i Frost, 1982; Despot Lučanin i sur., 2006; Westerhof i sur., 2008; Wolinsky i Johnson, 1991).

No valja podsjetiti na specifičnost prilikom tumačenja povezanosti između korištenja zdravstvenih i socijalnih usluga i mentalnog zdravlja. S jedne strane razlog za korištenje usluga može biti nečije slabije ili zanemareno zdravlje, a s druge strane, kao što pokazuje istraživanje Markle-Reid i sur. (2006), neke osobe mogu koristiti usluge *proaktivno* - radi redovitih pregleda i sprječavanja početka ili napredovanja neke bolesti ili stanja.

(Ne)samački uvjeti življenja pokazali su se pozitivno povezanima jedino s anksioznošću, i to u starijoj kohorti. Iako je korelacija vrlo niska (.11), ona upućuje na to da je veći broj osoba u zajedničkom kućanstvu povezan s većom anksioznošću. Ovaj nalaz može upućivati na specifičnost situacije u starijoj kohorti 1995. godine. To je bila posljednja godina rata, a broj prognanika i izbjeglica u Hrvatskoj iznosio je gotovo 400000 (UNHCR, 2002). Deset godina kasnije taj je broj višestruko manji i iznosi oko 7700 (UNHCR, 2005). Stoga je moguće da su članovi kućanstava 1995. godine bili povećani upravo tim ljudima koji su doselili i čekali vremena mira i mogućnosti da se vrate u svoje krajeve. Situacija neizvjesnosti i veličine kućanstva koja sa sobom nosi veća opterećenja na sve, pa tako i starije članove kućanstva, koja, osim toga, nije izabrana s pozitivnim povodom, itekako može biti povezana s ovakvim smjerom korelacije (zabrinutost oko trajanja situacije, oko sredstava za vođenje kućanstva, oko mogućnosti preseljenja, itd.). Ovakav nalaz potvrđuje rezultate istraživanja

koji govore u prilog kvaliteti odnosa, a ne kvantiteti (Coyne i Smith, 1991, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006; Manne i Zautra, 1989; Pagel, Erdly i Becker, 1987; Rook, 1984).

Povezanosti mentalnog zdravlja s biološkim i socijalnim varijablama potvrđuju biopsihosocijalni model zdravlja. Ponuđena objašnjenja za te povezanosti zasnivaju se na psihosocijalnim procesima (doživljavanje, objašnjavanje i očekivanja) i ponašanju (korištenje usluga) starijih osoba u obje kohorte.

5.3. Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte

Rezultati provedene hijerarhijske analize (*Tablica 15*) pokazuju relativni doprinos biološke i socijalne skupine varijabli procjeni mentalnog zdravlja. U skladu s postavljenom hipotezom, biološka je skupina prediktora pokazala veći doprinos od socijalne u sve tri kriterijske varijable u obje kohorte. Sama pripadnost kohorti pokazala se značajnim prediktorom samo kada je kriterijska varijabla *anksioznost*, ali i tada objašnjavajući svega 4% varijance (*Tablica 14*). No ovim se istraživanjem željelo provjeriti postoji li razlika među kohortama u relativnom doprinosu bioloških i socijalnih varijabli mentalnom zdravlju. Rezultati pokazuju da u starijoj kohorti biološke varijable objašnjavaju veći dio zajedničke varijance za psihičko zdravlje (29%) nego u mlađoj kohorti (8%), dok je za depresivnost (starija: 20%; mlađa: 26%) i anksioznost obrnuto (starija: 12%; mlađa: 20%). Socijalne varijable doprinose objašnjavanju jednakog dijela zajedničke varijance za psihičko zdravlje u obje kohorte (4%), za kriterijsku varijablu depresivnosti doprinose samo u mlađoj kohorti (3%), dok u slučaju anksioznosti socijalne varijable više doprinose zajedničkoj varijanci u starijoj kohorti (7%) nego u mlađoj (2%).

Veći doprinos bioloških prediktora mentalnom zdravlju u skladu je s rezultatima ranijih istraživanja (vidjeti poglavlje *1.1.3.1.1. Biološki čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba*). Prema biopsihosocijalnom modelu, biološki prediktori izabrani u ovom istraživanju djeluju izravnije preko biopsihosocijalnih puteva na mentalno zdravlje od socijalnih. Naime, socijalni činitelji iz ovog istraživanja ovise o ponudi usluga u zajednici i o iskustvu starijih osoba s njima. Budući da je korištenje tih usluga (*Tablica 4*) i tako skromno, to je vjerojatno imalo utjecaj na slabiju povezanost socijalnih faktora s mentalnim zdravljem. Biološke faktore starije osobe u obje kohorte očito ne mogu ignorirati te oni imaju veću povezanost s mentalnim zdravljem. To posebno vrijedi za stariju kohortu u kojoj je vidljiv veći doprinos bioloških faktora nego u mlađoj kohorti (*Tablica 15*). Suprotno, u mlađoj je kohorti primjetan

veći doprinos socijalnih varijabli za depresivnost nego u starijoj kohorti (*Tablica 15*). Kako je i ranije bilo sugerirano, vjerojatno je razlika u tome što je u generaciji ispitivanoj 1995. godine za mentalno zdravlje bilo važnije imati osnovnije biološke karakteristike da bi se osobe osjećale mentalno bolje, dok su u mlađoj generaciji za bolje mentalno zdravlje podignuta očekivanja. Bowling, Banister, Sutton, Evans i Windsor pretpostavili su (2002) u istraživanju kvalitete življenja da niža očekivanja i nekritični stavovi starijih osoba predstavljaju efekt kohorte zbog njihovih sjećanja i očekivanja od života tijekom 2. svjetskog rata te slabijeg obrazovanja i to su povezali s nedostatkom asertivnosti ili samopouzdanja starijih osoba prema traženju boljeg životnog standarda i kvalitete življenja. Pretpostavljaju da će zahtjevi i očekivanja novijih generacija biti prilično izmijenjeni zbog različitih društvenih obrazaca novijih generacija.

U skladu s promijenjenim uvjetima u okolini, u novijoj generaciji starijih osoba ponuda usluga i iskustvo s tim uslugama imaju više veze s depresivnošću, dok je u starijoj generaciji od pružanja usluga vjerojatno bilo manje očekivanja, pa onda i manje veze s depresivnošću. No anksioznost ima više povezanosti sa socijalnim prediktorima u starijoj kohorti nego u mlađoj (*Tablica 15*) vjerojatno iz zabrinutosti koja je u ratnom i poratnom razdoblju imala veze sa slabijom dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga. Drugi bi razlog veće povezanosti nesamačkih uvjeta življenja s anksioznošću u starijoj kohorti mogao biti interpretiran kao zabrinutost zbog prognanika i izbjeglica koji možda žive s tim starijim osobama (vidjeti raspravu u prethodnom poglavlju).

Unutar biopsihosocijalnog modela moguće je objasniti da isti faktori, u ovom slučaju socijalni, imaju različita djelovanja u različitim kohortama. Tako, na primjer, ponuda usluga u jednoj generaciji može biti povezana uz veću depresivnost, a drugoj generaciji može biti zaštitna protiv depresivnosti. Ono što je ovdje važno jesu objašnjenja i očekivanja starijih osoba prema pružanju tih usluga.

Nađene su neke specifičnosti u relativnom doprinosu bioloških i socijalnih prediktora mentalnom zdravlju s obzirom na *spol* starijih osoba (*Tablice 16 i 17*), iako je veći doprinos bioloških prediktora nego socijalnih tumačenju kriterijskih varijabli potvrđen u oba spola u obje kohorte. Za kriterij *psihičko zdravlje* u starijoj kohorti kod muškaraca biološka skupina varijabli objašnjava dvostruko više (47%) varijance nego kod žena (22%), dok u mlađoj kod muškaraca objašnjava 21% varijance, a kod žena nije utvrđen značajan udio varijance. Socijalne varijable povećale su objašnjenu varijancu više kod muškaraca (u starijoj na 57%, a na 26% u mlađoj) nego kod žena (u starijoj povećana na 25%). Muškarci su se pokazali

osjetljivijima na povezanost prediktora i *depresivnosti i anksioznosti* samo u mlađoj kohorti, pri čemu biološki prediktori objašnjavaju više varijance (s depresivnosti: 51%; s anksioznosti: 21%) nego kod žena (s depresivnosti: 16%; s anksioznosti: 13%). Socijalni prediktori u mlađoj kohorti doprinose podjednako kod muškaraca (objašnjena varijanca se povećava na 53% kod depresivnosti te na 22% kod anksioznosti) i kod žena (povećava se na 19% s depresivnosti te na 16% s anksioznosti). Kod žena u starijoj kohorti samo biološka varijabla (funkcionalne sposobnosti) predstavlja značajni prediktor depresivnosti i anksioznosti.

Veći doprinos bioloških prediktora tumačenju mentalnog zdravlja kod muškaraca mogao bi upućivati na to da je procjena mentalnog zdravlja žena složenija jer je s njime povezan veći broj varijabli ili se radi o raznovrsnijim varijablama, odnosno o varijablama koje nisu korištene u ovom istraživanju. Takve bi se razlike u mentalnom zdravlju mogle povezati s različitim ulogama koje imaju muškarci i žene u životu, ali i s biološkim razlikama (neurološkim, endokrinološkim,...), no u ovom istraživanju to se nije provjeravalo. No s depresivnošću i anksioznošću muškaraca u starijoj kohorti pokazuje se da skupovi bioloških i socijalnih varijabli predviđenih ovim istraživanjem nisu značajno povezani. Moguće je pretpostaviti da je zbog društvenih specifičnosti 1995. godine kod muškaraca za depresivnost i anksioznost bilo više specifičnih činitelja (npr. različiti gubici, neizvjesnosti, i sl.) nego što je to slučaj deset godina kasnije.

Kada su sudionici bili podijeljeni s obzirom na *dob* na mlađu i stariju grupu, doprinos bioloških i socijalnih prediktora psihičkom zdravlju pokazao se podjednakim u starijoj kohorti i kod starijih (biološki prediktori objašnjavaju 32% varijance, a dodavanje socijalnih povećava na 64%) i kod mlađih osoba (biološki prediktori objašnjavaju 38%, a dodavanje socijalnih povećava na 57%) (*Tablice 18 i 19*). Kada je kriterijska varijabla bila *depresivnost*, kod mlađih se osoba regresijski koeficijent nije pokazao značajnim, a kod starijih osoba samo je socijalna skupina prediktora objašnjavala varijancu (49%). U mlađoj kohorti kod starijih osoba nijedna kriterijska varijabla nije bila značajno povezana s prediktorima, a kod mlađih osoba, za sve tri kriterijske varijable doprinos bioloških faktora bio je znatno veći (27% za psihičko zdravlje, 40% za depresivnost i 23% za anksioznost) od doprinosa socijalnih prediktora (3% za psihičko zdravlje, 5% za depresivnost, i neznačajan za anksioznost).

Ukupno gledajući, kada su starije osobe podijeljene na mlađu i stariju skupinu, veći je doprinos socijalnih varijabli u objašnjenju varijance mentalnog zdravlja u starijoj kohorti u odnosu na mlađu. U skladu s prethodnim objašnjenjima, koja se temelje na razlikama u dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga između dvije generacije, tako bi se mogao

tumačiti i ovaj nalaz: kada je dostupnost takvih usluga slabija, one imaju veći značaj. Unutar biopsihosocijalnog modela, potvrđuje se da se ponašanje, u ovom slučaju korištenje usluga, modificira kroz psihosocijalne procese (očekivanja, standarde) i tako povezuje s mentalnim zdravljem.

Anksioznost kao kriterij pokazala se značajno povezanom samo kod mlađih osoba u mlađoj kohorti i to samo s biološkim skupom prediktora (23%). Može se zaključiti da anksioznost, za razliku od psihičkog zdravlja i depresivnosti, zahvaća neke druge prediktore koji bi bili povezani s razlikama u dobi, a nisu bili zahvaćeni ovim ispitivanjem.

Doprinos bioloških prediktora mentalnom zdravlju pokazuje se većim u obje kohorte i kada se analiziraju podaci s obzirom na to *žive li starije osobe same ili ne* (Tablice 20 i 21). Doprinos je bioloških prediktora viši kod osoba koje ne žive same, uz dvije iznimke. Jedna je u slučaju *anksioznosti* u starijoj kohorti kod osoba koje ne žive same, gdje jedino socijalne varijable objašnjavaju varijancu. Druga je iznimka kod *depresivnosti* u mlađoj kohorti kod osoba koje žive same gdje također samo socijalne varijable objašnjavaju varijancu. U skladu s hipotezom, biološki prediktori u većini slučajeva daju veći doprinos u objašnjenju zajedničke varijance nego socijalni. Doprinos socijalnih varijabli kod samaca u slučaju depresivnosti u mlađoj kohorti mogao bi se objasniti većom važnošću koju mlađa kohorta pridaje pružanju usluga, što za samce ima još veći značaj nego za osobe koje ne žive same. U slučaju anksioznosti, u starijoj kohorti kod osoba koje ne žive same, doprinos socijalnih varijabli mogao bi se objasniti većom zabrinutošću koju su starije osobe imale vezano za nepružanje usluga i većom zabrinutošću oko brojnijeg kućanstva, kao što je već ranije bilo sugerirano. Osim toga, u brojnijem je kućanstvu pitanje neovisnosti vrlo narušeno, a ono je, što se tiče doma, važno starijim osobama (Dahlin-Ivanoff, Haak, Fange i Iwarsson, 2007; Haak, Fange, Iwarsson i Dahlin Ivanoff, 2007).

Specifičnost vezana za samačke i nesamačke uvjete života odražava se najviše u nalazu da postoji više povezanosti prediktora s mentalnim zdravljem kod osoba koje ne žive same u odnosu na samce. To se može objasniti time da je procjena mentalnog zdravlja samaca složenija, odnosno da je ono zahvaćeno drugim prediktorima koji nisu bili uključeni u ovo istraživanje (npr. socijalni kontakti ili aktivnosti kojima se bave itd.) u odnosu na mentalno zdravlje osoba koje ne žive same. Također je utvrđeno da postoje i razlike među kohortama, koje upućuju na to da je različito biti samac u starijoj i u mlađoj kohorti.

Upravo se kroz rezultate hijerarhijske regresijske analize objedinjuju oba testirana modela ovog istraživanja. Prema *biopsihosocijalnom modelu bolesti i zdravlja*, interakcija između bioloških i socijalnih faktora uz posredovanje psihosocijalnih procesa vodi boljem ili lošijem psihičkom zdravlju. Model omogućuje objašnjenja da iste biološke i socijalne varijable, ne samo da mogu biti različito prisutne (značajne ili neznačajne) u predikciji mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte, nego mogu imati različitu povezanost s istim kriterijima (pozitivnu i negativnu). Psihosocijalni procesi koji se najviše spominju u objašnjenju tih različitih odnosa mentalnog zdravlja s biološkim i socijalnim varijablama, odnose se na procjene situacija, vrednovanje društvenih uvjeta, očekivanja od sebe i okoline, mijenjanje standarda. *Pristup cjeloživotnog razvoja* u okviru opće teorije razvoja pruža mogućnost za objašnjenje zašto se neke razlike (npr. u biološkim varijablama) nisu utvrdile među starijim ljudima u dvije kohorte, pripisujući to ontogenetskim normativnim faktorima. No taj pristup nudi i objašnjenje zašto su utvrđene razlike u nekim varijablama (npr. mentalnog zdravlja) među kohortama, pripisujući to promjenjivim normativnim faktorima vezanim za promijenjene društveno-povijesne okolnosti te vezanim za gledanja starijih osoba na te okolnosti.

5.4. Metodološka ograničenja i prijedlozi za daljnja istraživanja

Osim uobičajenih nedostataka istraživanja s vremenskom zadržkom (nemogućnost razlikovanja učinaka kohorte od učinaka vremena, razumijevanje pojmova u upitniku na jednak način) koji bi se u optimalnim uvjetima mogli riješiti kombiniranim nacrtom s transverzalnim i longitudinalnim istraživanjem, u ovom istraživanju ima nekoliko elemenata koji upućuju na oprez prilikom zaključivanja i generalizacije.

Već je u uvodu naznačeno da je definiranje mentalnog zdravlja daleko od jednoznačnog te da je operacionalizacija stvar onih koji provode istraživanje. Zato je ponekad teško uspoređivati rezultate različitih istraživanja jer su mjere koje se koriste vrlo heterogene.

Sudionici ovog istraživanja starije su osobe koje su psihički zdrave i žive u svojim kućama. Ovako selekcionirani uzorak onemogućuje generalizaciju rezultata i na populaciju koja je institucionalizirana (u domovima umirovljenika) i koja se, prema brojnim istraživanjima, pokazuje u nekim segmentima različitom od populacije starijih osoba koje nisu smještene u instituciju.

O povezanosti bioloških i socijalnih faktora s mentalnim zdravljem starijih osoba raspravljalo se i na temelju rezultata korelacijske analize. No, moguć je i utjecaj drugih moderatorskih varijabli na kovariranje promatranih varijabli. Stoga bi parcijalizacija supresorskog djelovanja mogla biti predmetom neke daljnje analize. S druge strane, tu je nužan oprez jer parcijalizacija nekih utjecaja u realnim životnim okolnostima može dovesti do artifičnih zaključaka.

Valja također naglasiti da koeficijenti korelacije u većini slučajeva, iako statistički značajni, zapravo ne ukazuju na velike povezanosti među varijablama.

Niz je još varijabli koje bi ovo istraživanje učinile potpunijim, odnosno koje bi dodale prediktore koji bi objašnjavali još varijance mentalnog zdravlja (npr. količina stresnih događaja, podaci o socio-ekonomskom statusu, obrazovanju, ruralnom ili urbanom tipu naselja, pa i osobine ličnosti). No, s druge strane, to bi vodilo drugoj čestoj poteškoći – naporu u rješavanju upitnika i pitanju u kojoj mjeri sudionici doista odgovaraju ili se samo žele riješiti ispitivanja.

U istraživanju su korištene samo mjere samoprocjene. Iako se one često smatraju zadovoljavajućima, barem što se procjene zdravlja tiče, korisno bi bilo imati uvid i u neke druge pokazatelje (npr. medicinske, funkcionalne,...), ili izvore (npr. članovi obitelji).

I, dakako, istraživanje o tome što se događa s kohortama starijih osoba 2015. godine, 2025. godine, itd. dopunilo bi spoznaje o ovoj temi jer zahvaćanjem samo dvije kohorte nije moguće prepoznati trendove i dugoročnije tijekomove promjena.

5.5. Znanstvene i praktične implikacije dobivenih rezultata

Unatoč navedenim ograničenjima, ovo istraživanje ima metodoloških prednosti i brojne implikacije za znanost i praksu. Ovo je jedno od rijetkih istraživanja generacijskih razlika u Hrvatskoj, pa nalazi predstavljaju spoznajni doprinos u području razvojne psihologije, odnosno uže – u području psihologije starenja. Rezultati istraživanja daju uvid u prediktore mentalnog zdravlja starijih osoba te uvid u generacijske razlike, kako u mentalnom zdravlju starijih osoba, tako i u njegovim prediktorima.

Sa *znanstvene strane*, rezultati ukazuju na to da je mentalno zdravlje konstrukt koji je usporediv među generacijama starijih osoba te da je povezan nešto više s biološkim i nešto manje sa socijalnim prediktorima. Različiti doprinos prediktora mentalnom zdravlju starijih osoba u različitim generacijama pokazuje da je mentalno zdravlje starijih osoba podložno

promjenama. U povoljnijim društvenim okolnostima (bolji životni standard, bolja dostupnost usluga,...) mentalno zdravlje starijih osoba pokazuje se boljim i na taj način osjetljivim na normativne utjecaje vezane uz socijalno-povijesne kontekste. Istodobno, zahtjevi ili standardi koji se vežu uz mentalno zdravlje više su pod utjecajem socijalnih faktora nego u nepovoljnijim društvenim uvjetima. To znači da s boljim životnim uvjetima prediktori mentalnog zdravlja postaju raznovrsniji. Ukratko: nije dovoljno biti fizički zdrav i imati zadovoljavajuće funkcionalne sposobnosti, već je potreban širi spektar činitelja koji će doprinijeti optimalnom mentalnom zdravlju ili kvaliteti življenja, kao što su, primjerice, različite usluge koje se nude i koje su dostupne u društvu.

Povezanost mentalnog zdravlja s biološkim i socijalnim prediktorima u ovom istraživanju potvrđuje biopsihosocijalni model mentalnog zdravlja, a cjeloživotni pristup u općoj teoriji razvoja potvrđen je kroz normativne vrste utjecaja na mentalno zdravlje.

U radu je ponuđeno mnogo mogućih objašnjenja za rezultate koji nisu bili u skladu s postavljenim hipotezama. Da bi se te interpretacije provjerile, potrebno je dalje istraživati povezanosti i odnose među ispitivanim varijablama. Stoga se, u znanstvenom smislu, otvaraju i nova istraživačka pitanja: Koji su još prediktori potrebni za objašnjenje većeg udjela varijance mentalnog zdravlja u novijim generacijama starijih osoba? Jesu li promjene trajnije ili kraćeg daha? Jesu li promjene u mentalnom zdravlju i njegovim prediktorima slične i kod osoba u mlađoj dobi?

S *praktične* strane, rezultati ovog istraživanja mogu omogućiti planerima i kreatorima zdravstvene politike kamo se usmjeriti prilikom zadovoljavanja javnih potreba usmjerenih prema kvalitetnijem i zdravijem starenju. Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju da se sa starenjem povećava djelovanje različitih čimbenika rizika za nastanak mnogih bolesti u starijih ljudi. Tako danas, zbog pojave navedenih čimbenika, već svaka peta starija osoba iskazuje objektivno utvrđenu zdravstvenu potrebu za gerijatrijskom njegom i rehabilitacijom (Perko i sur., 2005).

Slijedeći modele dobre svjetske prakse, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije donosi prioritete za zdravstvo u svom planu za zdravlje (Istarska županija, 2005, 2010) te među njih uvodi socio-zdravstvenu zaštitu starijih osoba. Senzibilitet i svijest o starijoj populaciji kao prioritetu u (javnom) zdravstvu omogućili su da se istraživanja u populaciji starijih prepoznaju kao potreba, ali i jedan od ciljeva ostvarenja plana za zdravlje. Rezultati ovog ispitivanja nedvojbeno upućuju na to da starije osobe očekuju dobro zdravstveno stanje i funkcionalne sposobnosti, no ne kao krajnji cilj, nego kao standard koji

treba imati nadogradnju. Budući da je trend samačkih i dvočlanih kućanstava kod starijih ljudi sve prisutniji, očekivanja od zajednice da pruži različite vrste usluga koje će omogućiti funkcionalan život u vlastitom domu, sve su jasnija i veća. Prednost je lokalne zajednice da pokriva manje geografsko područje, pa je stoga u mogućnosti brže i lakše prilagoditi se promjenjivim potrebama starije populacije, a moguće je bolje uskladiti i povezati sve postojeće izvore skrbi, pa je stoga pružanje skrbi učinkovitije (Havelka, Lučanin, Despot Lučanin i Petrak, 2004). Pritom valja imati na umu posebnosti muške i ženske populacije.

Osim ponude usluga i aktivnosti, nužan je i proces senzibilizacije i informiranja starijih osoba za razne vrste usluga jer su one i dalje slabo iskorištene. Potrebno je pripremati osobe koje još nisu u kategoriji starijih osoba na mogućnosti koje se nude, kako bi to prepoznale i iskoristile kada im bude potrebno. Potrebno je, također, senzibilizirati starije osobe i one koje će to tek postati, kao i pružatelje usluga, na prevenciju koja može pomoći da se padovi u funkcioniranju i zdravstvenom stanju što je moguće više odgode ili uspire.

De Mendonça Lima, Leibing i Buschfort (2007) predlažu minimalne akcije potrebne za mentalno zdravlje starijih osoba: osigurati tretman u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, učiniti dostupnijima psihotropne lijekove, osigurati razne usluge u zajednici, uključujući i grupe za samopomoć (ne samo starijih, nego i članova njihovih obitelji), osigurati adekvatan smještaj kada je riječ o institucijama, educirati javnost o temama starenja, educirati stručnjake u području mentalnog zdravlja starijih osoba, poticati istraživanja vezana za starije osobe i za praćenje stanja u mentalnom zdravlju. Sve to, naravno, uz odgovarajuću podršku u nacionalnim i lokalnim politikama te povezivanjem različitih sektora (javnog, civilnog, privatnog).

6. ZAKLJUČAK

6.1. Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte

Cilj je istraživanja bio usporediti mentalno zdravlje dviju kohorti starijih osoba i povezanost njegovih bioloških i socijalnih činitelja. Stariju kohortu (ispitanu 1995.) činilo je 389, a mlađu (ispitanu 2005.) 461 osoba u dobi od 70 do 99 godina. Mentalno zdravlje ispitivalo se skalama: psihičkog zdravlja, depresivnosti i anksioznosti. Biološke varijable bile su: spol, dob, funkcionalne sposobnosti i fizičko zdravlje, a socijalne: korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga te (ne)samački uvjeti života.

Usporedba triju indikatora *mentalnog zdravlja* između dvije kohorte pokazala je da u mlađoj kohorti starije osobe postižu više rezultate na skali psihičkog zdravlja i izvješćuju o manjoj depresivnosti u odnosu na stariju kohortu, a postoji i tendencija prema manjoj anksioznosti u mlađoj kohorti. Ovi su nalazi u skladu s postavljenom hipotezom koja je predviđjela bolje mentalno zdravlje u mlađoj kohorti uslijed normativnih utjecaja vezanih uz povoljniji društveno-ekonomski kontekst 2005. u odnosu na 1995. godinu. Nepovoljniji društveno-povijesni kontekst 1995. godine opisuje se kroz neposredan završetka rata, tranzicijske probleme iz jednog društveno-ekonomskog sustava u drugi te probleme uz stvaranje nacionalne države i demokratskih procesa. Deset godina kasnije ti su procesi bili manje intenzivni, a stanje stabilnije, čemu u prilog idu pokazatelji gospodarskog rasta i stabilizacije udjela prosječnih mirovina u prosječnim plaćama. Mentalno se zdravlje, u usporedbi s fizičkim, pokazalo osjetljivijim na promjene u kohortama. Hipoteza da *biološke varijable* neće biti različite u dvije kohorte potvrđena je u slučaju *fizičkog zdravlja* što se objašnjava normativnim ontogenetskim faktorima koji kod većine ljudi u toj dobi doprinose pojavi i tijeku sličnih stanja i bolesti. No osobe u mlađoj kohorti svoje *funkcionalne sposobnosti* procjenjuju slabijima nego one u starijoj kohorti. Mogući razlog za to je povećanje standarda koje za svoje funkcionalne sposobnosti imaju osobe iz mlađe kohorte. Nađene su i neke uobičajene razlike između *spolova*. Žene se procjenjuju anksioznijima, svoje fizičko zdravlje vide lošijim te koriste više zdravstvenih usluga od muškaraca, što je nalaz kakav se redovito sreće u istraživanjima. Uzrok spolnim razlikama pripisuje se većoj prevalenciji nefatalnih stanja i bolesti u žena u odnosu na muškarce, ali i većoj sklonosti žena da govore o bolestima ili čak pretjeruju, dok su muškarci skloniji potcjenjivati njihovu prisutnost. Usporedba osoba po *dobi* pokazala je da su starije osobe u obje kohorte slabijeg psihičkog zdravlja, depresivnije, anksioznije (samo u starijoj kohorti), da imaju slabije funkcionalne sposobnosti i slabije fizičko zdravlje te da više koriste socijalne usluge od mlađih. Ovakav nalaz u skladu je s općim padom u funkcioniranju i zdravlju, kako fizičkom, tako i mentalnom, što je povezano s ontogenetskim normativnim faktorima. Za *socijalne varijable* nije bilo postavljenih hipoteza jer ima malo podataka koji bi mogli sugerirati smjer eventualnih promjena. Veće *korištenje zdravstvenih usluga* u mlađoj kohorti obrazlaže se razlikom u standardima između mlađe i starije kohorte, većom ponudom i dostupnosti takvih usluga u novije vrijeme, sve učestalijim samačkim životom i moguće sve manjom stigmatizacijom oko korištenja takvih usluga. Starije se osobe više usmjeravaju na korištenje zdravstvenih nego socijalnih usluga jer je tržište socijalnih usluga slabije razvijeno i manje poznato. S obzirom na *broj članova kućanstva*, rezultati pokazuju da osobe koje žive same

izvješćuju o boljim funkcionalnim sposobnostima u odnosu na one koje ne žive same, a samo u starijoj kohorti pokazuju i bolje psihičko zdravlje. Ovaj nalaz možda upućuje na manje smještajne kapacitete u domovima za starije osobe u novije vrijeme, pa u mlađoj kohorti ima više osoba koje unatoč slabijem psihičkom zdravlju žive same. U mlađoj kohorti osobe koje žive same koriste više socijalnih usluga od osoba koje ne žive same vjerojatno uslijed viših očekivanja, povećane potrebe i bolje ponude u novije vrijeme. Nalazi iz ovog dijela analize objašnjivi su unutar opće teorije razvoja.

6.2. Povezanost bioloških i socijalnih varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte

Biološke i socijalne varijable povezane su s mentalnim zdravljem većinom u obje kohorte, dok su neke korelacije značajne samo u jednoj kohorti. Većina ih potvrđuje postavljene hipoteze o povezanosti i smjeru, no neke i ne. Od *bioloških varijabli* najviše povezanosti s mentalnim zdravljem pokazalo je *fizičko zdravlje*, negativno korelirajući s depresivnošću i anksioznošću te pozitivno s psihičkim zdravljem u obje kohorte. No u starijoj je generaciji ta povezanost veća i negativna. Objašnjenje za ovaj nalaz moglo bi biti u specifičnoj situaciji kraja rata u kojoj su starije osobe, što im je samoprocijenjeno fizičko zdravlje bilo lošije, ulagale više napora u ideju da moraju izdržati. Hipotezu potvrđuje i povezanost *funkcionalnih sposobnosti* - negativna s depresivnošću u obje kohorte i s anksioznošću u starijoj kohorti. Ovakav se nalaz također konzistentno potvrđuje u istraživanjima. Povezanost s depresivnošću u ovom se istraživanju pokazala važnijom u starijoj nego u mlađoj kohorti, što se objašnjava pridjeljivanjem veće važnosti funkcionalnim sposobnostima u uvjetima rata i poraća. *Dob* se pokazala, u skladu s hipotezom, pozitivno povezanom s depresivnošću u obje kohorte i s anksioznošću u starijoj kohorti te negativno s psihičkim zdravljem samo u mlađoj kohorti. Iako je povezanost manja, ona sugerira ono što se dobiva u istraživanjima o rastu psihijatrijskog morbiditeta s dobi kod starijih osoba. No u ovim bi se uzorcima to moglo povezati i s većom brigom za budućnost uslijed sve većeg broja samačkih kućanstava i nedovoljnog broja mjesta u domovima. Od *socijalnih varijabli*, korištenje *socijalnih i zdravstvenih usluga* povezano je negativno s mentalnim zdravljem, kako je bilo i pretpostavljeno u hipotezi, dok (ne)samački uvjeti življenja nisu. Veći broj utvrđenih korelacija u mlađoj kohorti može se objasniti razlikama u ponudi i dostupnosti socijalnih usluga u mlađoj generaciji, a još je vjerojatnije i većom osviještenošću ili zabrinutošću mlađe generacije za sebe. Više povezanosti između korištenja zdravstvenih

usluga i anksioznosti može se povezati sa zabrinutošću koju anksiozne osobe mogu imati oko svoga zdravlja. U mlađoj kohorti čini se da i osobe s depresivnijim simptomima više traže zdravstvene usluge, što se može pripisati većoj osviještenosti mlađe generacije, članova njihovih obitelji, ili liječnika za poticanje osoba s depresivnim simptomima na korištenje zdravstvenih usluga. Povezanosti mentalnog zdravlja s biološkim i socijalnim varijablama potvrđuju biopsihosocijalni model zdravlja.

6.3. Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte

Provjera relativnog doprinosa skupine bioloških i socijalnih prediktora mentalnom zdravlju, kako unutar kohorti, tako i među njima, pokazala je veći doprinos biološke skupine prediktora, potvrđujući postavljenu hipotezu. Za ispitivanje razlika prediktivnih vrijednosti među kohortama ovo je istraživanje bilo eksploratorno. Veći doprinos bioloških prediktora mentalnom zdravlju u skladu je s ranijim istraživanjima i pretpostavlja se da izravnije od socijalnih djeluje preko biopsihosocijalnih puteva na mentalno zdravlje. Socijalni činitelji iz ovog istraživanja ovise o ponudi usluga u zajednici i o iskustvu starijih osoba s njima. Budući da je korištenje tih usluga i tako skromno, to je vjerojatno imalo utjecaj na slabiju povezanost socijalnih faktora s mentalnim zdravljem. U starijoj je kohorti vidljiv veći doprinos bioloških prediktora nego u mlađoj. Suprotno, u mlađoj je kohorti primjetan veći doprinos socijalnih varijabli za depresivnost nego u starijoj. Vjerojatno je razlika u tome što je u generaciji ispitivanoj 1995. godine za mentalno zdravlje bilo važnije imati osnovnije biološke karakteristike da bi se osobe osjećale mentalno bolje, dok su u mlađoj generaciji za bolje mentalno zdravlje podignuta očekivanja. U skladu s promijenjenim uvjetima u okolini, u novijoj generaciji starijih osoba ponuda usluga i iskustvo s njima ima više veze s depresivnošću, dok je u starijoj generaciji od pružanja usluga vjerojatno bilo manje očekivanja, pa onda i manje veze s depresivnošću. Za razliku od starije, u mlađoj kohorti, dakle, postoje drugi činitelji mentalnog zdravlja koji nisu obuhvaćeni ovim istraživanjem. Moguće je pretpostaviti da u stabilnijim uvjetima življenja, u usporedbi s ratnim i poratnim uvjetima, starije osobe imaju veće zahtjeve u pogledu nečega što bi se moglo zvati i kvalitetom življenja, nego što je bilo dovoljno starijim osobama koje su tek preživjele ratne uvjete. Anksioznost, za razliku od psihičkog zdravlja i depresivnosti, općenito ima najmanje objašnjene varijance s navedenim prediktorima. Očito je, dakle, da je za njezino postojanje nužna prisutnost drugih prediktora koji nisu bili zahvaćeni ovim istraživanjem. Nađene su neke specifičnosti u relativnom doprinosu bioloških i socijalnih prediktora mentalnom

zdravlju s obzirom na *spol, dob* i s obzirom na to *žive li starije osobe same ili ne*. Spolne razlike pokazuju da su depresivnost i anksioznost muškaraca u starijoj generaciji povezani vjerojatno sa specifičnijim prediktorima vezanim za ratna i poratna zbivanja, koji nisu bili uključeni u ovo istraživanje. Kada su starije osobe podijeljene na *mlađu i stariju skupinu*, veći je doprinos socijalnih varijabli u objašnjenju varijance mentalnog zdravlja u starijoj kohorti u odnosu na mlađu. Objašnjenje za to temelji se na razlikama u dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga između dvije generacije: kada je ona slabija, te usluge imaju veći značaj. Specifičnost vezana za *(ne)samačke uvjete* života vidi se uglavnom u više povezanosti prediktora s mentalnim zdravljem kod osoba koje ne žive same u odnosu na samce. To se može objasniti time da je procjena mentalnog zdravlja samaca složenija, odnosno da je ono zahvaćeno drugim prediktorima koji nisu ovdje bili uključeni u odnosu na mentalno zdravlje osoba koje ne žive same. Utvrđeno je i da postoje razlike među kohortama koje upućuju na to da je različito biti samac u te dvije generacije. Rezultati se objašnjavaju unutar biopsihosocijalnog modela zdravlja i opće teorije razvoja.

Ukratko, rezultati provedenog istraživanja doprinose modelima unutar kojih su provjeravane hipoteze (biopsihosocijalni model zdravlja i opća teorija razvoja) pokazujući da je mentalno zdravlje podložno promjenama među generacijama, a s praktične strane pomažu u planiranju javnozdravstvene i socijalne politike u određivanju potreba za očuvanjem i poticanjem mentalnog zdravlja starijih osoba.

7. LITERATURA

- Abu-Bader, S.H., Rogers, A. i Barusch, A.S. (2002). Predictors of life satisfaction in frail elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 3-17.
- Ajduković, M., Muslić, Lj., Rusac, S. i Ogresta, J. (2008). Senzibilnost za nasilje nad starijima u obitelji – razvoj skale i prvi rezultati. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 265-287.
- Ajduković, M., Ogresta, J. i Rusac, S. (2009). Family violence and health among elderly in Croatia. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 18(3), 261-279.
- Aldwin, C.M., Park, C.L. i Spiro, A. III (2007). Health psychology and aging: An introduction. U: C.M. Aldwin, C.L. Park i A. Spiro III. (Ur.), *Handbook of health psychology & aging* (str. 3-8). New York: Guilford.
- Ambrosi-Randić, N. i Plavšić, M. (2008). *Uspješno starenje*. Pula: Društvo psihologa Istre – Sveučilište J. Dobrile – Istarska županija.
- Američka psihijatrijska asocijacija (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV*. Jastrebarsko: Naklada slap.
- Andrew, D.H. i Dulin, P.L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging & Mental Health*, 11(5), 596-603.
- Anolli, L. (2005). *L'ottimismo*. Bologna: Il Mulino.
- Arber, S. i Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: The new paradox. *Social Science & Medicine*, 48(1), 61-76.
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Atchley, R.C. (2006). Continuity, spiritual growth, and coping in later adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 18(2/3), 19-29.
- Auslander, G.K. i Litwin, H. (1990). Social support networks and formal help seeking: Differences between applicants to social services and a nonapplicant sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(3), S112-S119.
- Auslander, G.K., Soskolne, V. i Ben-Shahar, I. (2005). Utilization of health social work services by older immigrants and veterans in Israel. *Health & Social Work*, 30(3), 241-251.
- Babić-Banaszak, A., Kovačić, L., Kovačević, L., Vuletić, G., Mujkić, A. i Ebling, Z. (2002). Impact of war on health related quality of life in Croatia: Population study. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 396-402.

- Badger, T.A. (1998). Depression, physical health impairment and service use among older adults. *Public Health Nursing, 15*(2), 136-145.
- Ballesteros, S., Nilsson, L.-G. i Lemaire, P. (2009). Ageing, cognition, and neuroscience: An introduction. *European Journal of Cognitive Psychology, 21*(2/3), 161-175.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*(5), 611-626.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4), 366-380.
- Baltes, P.B. i Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development, 1*(3), 123-144.
- Baum, A. i Posluszny, D.M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology, 50*(1), 137-163.
- Bayley, D. i Gorančić-Lazetić, H. (Ur.) (2006). *Neumreženi: Lica socijalne isključenosti u Hrvatskoj. Izvješće o društvenom razvoju Hrvatska 2006.* UNDP. www.undp.hr/upload/file/130/65076/FILENAME/WEB_hrvatska_verzija.pdf pristupljeno: 4. 6. 2011.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences, 38*(6), 463-473.
- Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E. i Johansson, B. (2010). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health, 10*(3), 257-264.
- Berg, C.A., Smith, T.W., Henry, N.J. i Pearce, G.E. (2007). A developmental approach to psychosocial risk factors and successful aging. U: C.M. Aldwin, C.L. Park i A. Spiro III (Ur.), *Handbook of health psychology & aging* (str. 30-53). New York: Guilford.
- Berk, L.E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Berkman, L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H.Jr., Leo, L., Ostfeld, A.M., Cornoni-Huntley, J. i Brody, J.A. (1986). Depressive symptoms in relation with physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology, 124*(3), 372-388.
- Bežovan, G. (1996). Problemi stanovanja starijih osoba i mogućnosti promocije novih strategija. *Revija za socijalnu politiku, 3*(2), 117-126.
- Biderman, A., Yeheskel, A. i Herman, J. (2005). The biopsychosocial model: Have we made any progress since 1977? *Families, Systems, & Health, 23*(4), 379-386.

- Birren, J.E. i Schaie, K.W. (2001). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.
- Boerner, K. i Jopp, K. (2007). Improvement/maintenance and reorientation as central features of coping with major life change and loss: Contributions of three life-span theories. *Human Development, 50(4)*, 171-195.
- Borg, C., Hallberg, I.R. i Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15(5)*, 607-618.
- Bornat, J. i Walmsley, J. (2008). Biography as empowerment or appropriation: Research and practice issues. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 13(1)*, Article 6, 1-16.
- Bouillet, D. (2003). Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku, 10(3)*, 321-333.
- Bowling, A. (2005). *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. i Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health, 6(4)*, 355-371.
- Bowling, A., Farquhar, M. i Grundy, E. (1996). Outcome of anxiety and depression at two and a half years after baseline interview: Associations with changes in psychiatric morbidity among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11(2)*, 119-129.
- Boyden, S. (1973). Evolution and health. *The Ecologist, 3(8)*, 304-309.
- Boyden, S. (1980). The need for a holistic approach to human health and well-being. U: N.F. Stanley i R.A. Joske (Ur.), *Changing Disease Patterns and Human Behaviour*. Academic Press.
- Božičević, V. (2010). Mentalno zdravlje, biopsihosocijalni pristup u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, istraživanje u području mentalnog zdravlja – opće naznake. U: S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 17-21). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
- Brandstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research, 14(1/2)*, 52-62.
- Brandstädter, J. i Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review, 22(1)*, 117-150.

- Bratko, D. (2002). Teorijski i metodološki problemi pri istraživanju kontinuiteta i promjena ličnosti. *Društvena istraživanja*, 11(4-5), 603-622.
- Buttanshaw, C. (1997). *Tipping the balance towards primary healthcare network. Proceedings of the 10th anniversary conference*. Göteborg: The Nordic School of Public Health.
- Buys, L., Roberto, K.A., Miller, E. i Blieszner, R. (2008). Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans. *Australian Journal of Rural Health*, 16(1), 33-39.
- Byrne, G.J. i Pachana, N.A. (2010). Anxiety and depression in the elderly: Do we know any more? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 504-509.
- Calsyn, R.J. i Roades, L.A. (1993). Predicting perceived service need, service awareness and service utilization. *Journal of Gerontological Social Work*, 2(1/2), 59-76.
- Carmel, S. i Bernstein, J.H. (2003). Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(2), 113-131.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. i Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *The American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Chiu, H.-C., Hsieh, Y.-H., Mau, L.-W. i Lee, M.-L. (2005). Associations between socioeconomic status measures and functional change among older people in Taiwan. *Ageing and Society*, 25(3), 377-395.
- Clarke, D.M. (2007). Growing old and getting sick: Maintaining a positive spirit at the end of life. *Australian Journal of Rural Health*, 15(3), 148-154.
- Coe, C.L. (1999). Psychosocial factors and psychoneuroimmunology within a lifespan perspective. U: D.P. Keating i C. Hertzman (Ur.), *Developmental health and the wealth of nations: Social, Biological, and Educational Dynamics* (str. 201-219). New York: Guilford Press.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of social support in the etiology of physical disease. *Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 7(3), 269-297.
- Colgrove, J. (2002). The McKeown thesis: A historical controversy and its enduring influence. *American Journal of Public Health*, 92(5), 725-729.
- Costa, P.T.Jr. i McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of personality*, 55(2), 299-316.

- Costa, P.T.Jr., McCrae, R.R. i Zonderman, A.B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *The British Journal of Psychology*, 78(3), 299-306.
- Coulton, C. i Frost, A.K. (1982). Use of social and health services by the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(4), 330-339.
- Cumming, E. (1963). Further thoughts on the theory of disengagement. *International Social Science Journal*, 15(3), 377-393.
- Cumming E., Dean, L.R., Newell, D.S. i McCaffrey, I. (1960). Disengagement – a tentative theory of aging. *Sociometry*, 23(1), 23-35.
- Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fange, A. i Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 25-32.
- Davis, M.C., Zautra, A.J., Johnson, L.M., Murray, K.E. i Okvat, H.A. (2007). Psychosocial stress, emotion regulation, and resilience among older adults. U: C.M. Aldwin, C.L. Park i A. Spiro III (Ur.), *Handbook of health psychology & aging* (str. 250-266). New York: Guilford.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- De Leeuw, J.R., De Graeff, A., Ros, W.J., Hordijk, G.J., Blijham, G.H. i Winnubst, J.A. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psychooncology*, 9(1), 20-28.
- De Leo, D. i Spathonis, K. (2003). Suicide and euthanasia in late life. *Aging Clinical And Experimental Research*, 15(2), 99-110.
- De Mendonça Lima, C.A., Leibing, A. i Buschfort, R. (2007). Mental health resources for older persons in the Western Pacific Region of the World Health Organization. *Psychogeriatrics*, 7(2), 81-86.
- De Raedt, R. i Ponjaert-Kristoffersen, I. (2006). Self-serving appraisal as a cognitive coping strategy to deal with age-related limitations: An empirical study with elderly adults in a real-life stressful situation. *Aging & Mental Health*, 10(2), 195-203.
- Defilipis, B. i Havelka, M. (1984). *Stari ljudi: Epidemiološka studija zdravstvenog, socijalnog i psihološkog stanja starih ljudi u Zagrebu*. Zagreb: Stvarnost i Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba.
- Despot Lučanin, J. (1993). Stariji ljudi u progonstvu – stres i mogućnosti prilagodbe. U: D. Ajduković (Ur.), *Psihološke dimenzije progonstva* (str. 111-123). Zagreb: Alinea.

- Despot Lučanin, J. (1997). *Longitudinalna studija povezanosti psiholoških, socijalnih i funkcionalnih čimbenika u procesu starenja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskskog fakulteta u Zagrebu.
- Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Despot Lučanin, J. (2008). Zdravstvena psihologija starenja – prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija*, 1(1-2), 59-77.
- Despot Lučanin, J. i Lučanin, D. (2010). Biološki znakovi kognitivnih funkcija u starijih osoba. U: I. Sorić, V. Ćubela Adorić, Lj. Gregov i Z. Penezić (Ur.), *Sažetci radova XVII. Dani psihologije u Zadru* (str. 45-45). Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D. i Havelka, M. (2000). Generacijske razlike u socijalnom, zdravstvenom i psihičkom stanju starijih osoba u Zagrebu. *Društvena istraživanja*, 9(2-3), 379-391.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D. i Havelka, M. (2006). Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 15(4-5), 801-817.
- Diener, E., Horwitz, J. i Emmons, R.A. (1985). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16(3), 263-274.
- Dorr, D.A., Jones, S.S., Burns, L., Donnelly, S.M., Brunner, C.P., Wilcox, A. i Clayton, P.D. (2006). Use of health-related, quality-of-life metrics to predict mortality and hospitalizations in community-dwelling seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 667-673.
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., von Steinbüchel, N. i Schmidt, S. (2008). Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 193-204.
- Državni zavod za statistiku (2011). *Žene i muškarci u Hrvatskoj / Women and men in Croatia*. Zagreb.
- Duraković, Z. (1990). *Medicina starije dobi*. Zagreb: Naprijed.
- Džakula, A., Babić Bosanac, S., Brborović, O., Vukušić Rukavina, T. i Vončina, L. (2007). Povezanost društvene uloge, zdravlja i brige o zdravlju u starijih žena u Hrvatskoj. *Croatian Medical Journal*, 48(5), 684-690.
- Ekwall, A., Sivberg, B. i Hallberg, I.R. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 239-248.

- Elder, G.H.Jr. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
- Engedal, K. (1996). Mortality in the elderly - a 3-year follow-up of an elderly community sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 467-471.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Epel, E.S. (2009). Telomeres in a life-span perspective: A new “psychobiomarker”? *Current directions in psychological science*, 18(1), 6-10.
- European Union (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. EU High Level Conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 429-456.
- Felton, B. (1987). Cohort variation in happiness: Some hypotheses and exploratory analyses. *International Journal of Aging & Human Development*, 25(1), 27-42.
- Fiksenbaum, L.M., Greenglass, E.R., Marques, S.R. i Eaton, J. (2005). A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*, 30(3), 278-295.
- Flint, A.J. i Rifat, S.L. (1996). Validation of The Hospital Anxiety and Depression Scale as a measure of severity of geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(11), 991-994.
- Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: Data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35(6), 259-263.
- Freund, A.M., Nikitin, J. i Ritter, J.O. (2009). Psychological consequences of longevity the increasing importance of self-regulation in old age. *Human Development*, 52(1), 1-37.
- Fuentes, K. i Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: A community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 297-309.
- Fung, H.H., Carstensen, L.L. i Lang, F.R. (2001). Age-related patterns in social relationships among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the lifespan. *International Journal of Aging & Human Development*, 52(3), 185-206.
- Garland, E.L. i Howard, M.O. (2009). Neuroplasticity, psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st century. *Health & Social Work*, 34(3), 191-199.

- Gillespie, R. i Gerhardt, C. (1995). Social dimensions of sickness and disability. U: G. Moon i R. Gillespie (Ur.), *Society and health: An introduction to social science for health professionals* (str. 79-93). London: Routledge.
- Giltay, E.J., Zitman, F.G. i Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 45-52.
- Golub, S.A. i Langer, E.J. (2007). Challenging assumptions about adult development. U: C.M. Aldwin, C.L. Park i A. Spiro III (Ur.), *Handbook of health psychology & aging* (str. 9-29). New York: Guilford.
- Graham, J.E., Christian, L.M. i Kiecolt-Glaser, J.K. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 389-400.
- Guidi, L., Tricerri, A., Frasca, D., Vangeli, M., Errani, A. R. i Bartoloni, C. (1998). Psychoneuroimmunology and aging. *Gerontology*, 44(5), 247-261.
- Haak, M., Fange, A., Iwarsson, S. i Dahlin Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 16-24.
- Hardy, S.E., McGurl, D.J., Stephanie, B.S., Studenski, A. i Degenholtz, H.B. (2010). Biopsychosocial characteristics of community-dwelling older adults with limited ability to walk one-quarter of a mile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 539-544.
- Havelka, M., Despot Lučanin, J. i Lučanin, D. (2000). Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1), 19-27.
- Havelka, M., Despot Lučanin, J. i Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model – the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Havelka, M., Lučanin, D., Despot Lučanin, J. i Petrak, O. (2004). Uloga lokalne zajednice u skrbi za starije osobe. U: Z. Matijević (Ur.), *Identitet Istre – ishodišta i perspektive*. Knjiga sažetaka (str. 51-51). Pula: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatski institut za povijest, Filozofski fakultet u Puli, Centar za promicanje socijalnog nauka crkve HBK, Biskupija porečko-pulska.
- Havighurst, R.J. (1974). Understanding the elderly and the aging process. *Journal of Home Economics*, 66(4), 17-20.
- Hawthorne, G., Goldney, R. i Taylor, A.W. (2008). Depression prevalence: is it really increasing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 606-616.
- Heckhausen, J. (2002). Life-span theory of control. *Encyclopedia of Aging*. www.encyclopedia.com/doc/1G2-3402200235.html pristupljeno: 5. 4. 2011.

- Heinrich, S., Luppá, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., Riedel-Heller, S.G. i König, H.-H. (2008). Service utilization and health-care costs in the advanced elderly. *Value in health, 11(4)*, 611-620.
- Hellström, Y. i Hallberg, I.R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health & Social Care in the Community, 9(2)*, 61-71.
- Hendryx, M.S., Ahern, M.M., Lovrich, N.P. i McCurdy, A.H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Services Research, 37(1)*, 85-101.
- Hertzog, C. i Nesselrode, J.R. (2003). Assessing psychological change in adulthood: An overview of methodological issues. *Psychology & Aging, 18(4)*, 639-657.
- Hofer, S.M. i Sliwinski, M.J. (2001). Understanding ageing. *Gerontology, 47(6)*, 341-352.
- Holahan, C.K. i Holahan, C.J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology, 42(1)*, 65-68.
- Holwerda, T.J., Schoevers, R.A., Dekker, J., Jonker, C. i Beekman, A.T.F. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(3)*, 241-249.
- Honn Qualls, S. (2002). Defining mental health in later life. *Generations, 26(1)*, 9-13.
- Hovde, B., Hallberg, I.R. i Edberg A. (2008). Public care among older non-Nordic immigrants in Sweden in comparison with Nordic born controls. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden, 28(4)*, 9-13.
- Hsu, H.-C. (2009). Physical function trajectories, depressive symptoms, and life satisfaction among the elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health, 13(2)*, 202-212.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hummert, M.L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: a comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging, 5(2)*, 182-193.
- Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P. i Blane, D.B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health, 7(3)*, 186-194.
- Institute of Medicine. (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Isaacowitz, D.M., Smith, T.B. i Carstensen, L.L. (2003). Socioemotional selectivity and mental health among trauma survivors in old age. *Ageing International, 28(2)*, 181-199.

- Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb (2005). *Plan za zdravlje*. www.istra-istria.hr/fileadmin/dokumenti/zdravstvo/Plan_za_zdravlje.pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
- Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb (2010). *Plan za zdravlje*. www.istra-istria.hr/fileadmin/dokumenti/zdravstvo/Operativni_plan_aktivnosti_2010.g..pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
- Jackson, J.S. (2002). Conceptual and methodological linkages in cross-cultural groups and cross-national aging research. *Journal of Social Issues*, 58(4), 825-835.
- Japec, L. i Šućur, Z. (Ur.) (2007). *Kvaliteta života u Hrvatskoj: Regionalne nejednakosti*. UNDP. www.undp.hr/upload/file/167/83979/FILENAME/Regionalne_nejednakosti.pdf pristupljeno: 4. 6. 2011.
- Johnson, J., Weissman, M.-M. i Klerman, G.-L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47(9), 805-808.
- Kahn, R.L., Zarit, S.H., Hilbert, N.M. i Niederehe, G. (1975). Memory complaint and impairment in the aged. The effect of depression and altered brain function. *Archives of General Psychiatry*, 32(12), 1569-1573.
- Kaliterna Lipovčan, Lj. (1998). Jesmo li stari koliko imamo godina ili koliko se starima osjećamo? *Društvena istraživanja*, 7(6), 873-883.
- Kaliterna Lipovčan, Lj. (2002). Bolje biti pijan nego star. U: B. Banovac (Ur.), *Stigmatizacija i identitet marginalnih skupina u procesu globalizacije kulture*. Međunarodni znanstveni kolokvij (str. 25-25). Rijeka: Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci.
- Kaliterna Lipovčan, Lj. (2004). Psihosocijalne posljedice starenja. U: Lj. Kaliterna Lipovčan i V. Šakić (Ur.), *Hrvatsko društvo danas: psihosocijalni procesi* (str. 77-87). Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
- Kaliterna-Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z. i Šakić, V. (2002). Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje. *Društvena istraživanja*, 11(6), 897-908.
- Kaliterna-Lipovčan, Lj., Tomek-Roksandić, S., Perko, G., Mihok, D., Radašević, H., Puljak, A. i Turek, S. (2005). Geronteologija u Europi i u Hrvatskoj. *Medicus*, 14(2), 301-304.
- Kandrack, M.-A., Grant, K.R. i Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions. *Social Science and Medicine*, 32(5), 579-590.
- Kardum, I., Gračanin, A., Dankić, K. i Perhat, A. (2008). *Mentalno zdravlje Riječana/Mental health of Rijeka's citizens*. Rijeka: Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.

- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K. i Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1084-1089.
- Kenn C., Wood H., Kucyj, M., Wattis, J. i Cunane, J. (1987). Validation of The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in an elderly psychiatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2(3), 189-193.
- Kiecolt-Glaser, J.K. (2009). Psychoneuroimmunology: Psychological's gateway to the biomedical future. *Perspectives on Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 4(4), 367-369.
- Kiecolt-Glaser, J.K. i Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 269-274.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. i Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83-107.
- Kirby, L.D. i Fraser, M.W. (1997). Risk and resilience in childhood. U: M.W. Fraser (Ur.), *Risk and Resilience in Childhood, an Ecological Perspective* (str. 10-33). Washington D.C.: NASW Press.
- Kirchengast, S. i Haslinger, B. (2009). Even mild depression reduces health related quality of life (HRQL) among healthy elderly. *Journal of Medical Psychology*, 1(1), 3-9.
- Kirkwood, T.B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.
- Kivelä, S.-L. i Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(3), 290-296.
- Klempin, F. i Kempermann, G. (2007). Adult hippocampal neurogenesis and aging. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257(5), 271-280.
- Klicperová, M., Feierabend, I.K. i Hofstetter, C.R. (1997). In the search for a post-communist syndrome: A theoretical framework and empirical assessment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(1), 39-52.
- Knurowski, T., Lazić, D., van Dijk, J.P., Madarasova-Geckova, A., Tobiasz-Adamczyk, B. i Van den Heuvel, W.J.A. (2004). Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croatian Medical Journal*, 45(6), 750-756.
- Kosloski, K. i Montgomery, R.J. (1994). Investigating patterns of service use by families providing care for dependent elders. *Journal of Aging and Health*, 6(1), 17-37.

- Kristensson, J., Hallberg, I.R. i Jakobsson, U. (2007). Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Health and Social Care in the Community*, 15(5), 474-485.
- Kuzman, M. (2010). Predgovor. U: S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 11-14). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
- Lai, D.W.L. i Ip, C.K.C. (2005). Sex differences in mental health of older people. *The Hong Kong Journal of Social Work*, 39(1/2), 33-48.
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M. i Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-466.
- Lang, F.L. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 321-326.
- Lang, F.R., Staudinger, U.M. i Carstensen, L.L. (1998). Socioemotional selectivity: How personality and social context do (and do not) make a difference. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(1), 21-30.
- Lansford, J.E., Sherman, A.M. i Antonucci, T.C. (1998). Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13(4), 544-552.
- Lebowitz, B.D. i Niederehe, G. (1992). Concepts and issues in mental health and aging. U: J.E. Birren, R.B. Sloane i G.D. Cohen (Ur.), *Handbook of mental health and aging* (str. 3-26). San Diego: Academic Press.
- Lee, Y. i Shinkai, S. (2005). Correlates of cognitive impairment and depressive symptoms among older adults in Korea and Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 576-586.
- Lerner, R.M. (2008). The contributions of Paul B. Baltes to the transformation of the field of child development: From developmental psychology to developmental science. *Research in Human Development*, 5(2), 69-79.
- Leveille, S.G., Penninx, B.W.J., Melzer, D., Izmirlian, G. i Guralnik, J.M. (2000). Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: The dynamics of incidence, recovery, and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 55B(1), S41-S50.
- Leveille, S.G., Resnick, H.E. i Balfour, J. (2000). Gender differences in disability: Evidence and underlying reasons. *Aging (Milano, Italija)*, 12(2), 106-112.

- Li, S.-C. i Freund, A.M. (2005). Advances in lifespan psychology: A focus on biocultural and personal influences. *Research in Human Development*, 2(1/2), 1-23.
- Li, S.-C. i Schmiedek, F. (2002). Age is not necessarily aging: Another step towards understanding the 'clocks' that time aging. *Gerontology*, 48(1), 5-12.
- Lindenberger, U., Li, S.-C., Lövdén, M. i Schmiedek, F. (2007). The center for lifespan psychology at the Max Planck institute for human development: Overview of conceptual agenda and illustration of research activities. *International Journal of Psychology*, 42(4), 229-242.
- Lindenberger, U., Lövdén, M., Schellenbach, M., Li, S.-C. i Krüger, A. (2008). Psychological principles of successful aging technologies: A mini-review. *Gerontology*, 54(1), 59-68.
- Lindwall, M., Rennemark, M. i Berggren, T. (2008). Movement in mind: The relationship of exercise with cognitive status for older adults in the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). *Aging & Mental Health*, 12(2), 212-220.
- Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 19(1), 55-79.
- Lowe, P.A. i Reynolds, C.R. (2005). Do relationships exist between age, gender, and education and self-reports of anxiety among older adults? *Individual Differences Research*, 3(4), 239-259.
- Lučanin, D., Despot Lučanin, J., Havelka, M. (2000). Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1), 19-27.
- Lund, R., Avlund, K., Modvig, J., Due, P. i Holstein, B.E. (2004). Development in self-rated health among older people as determinant of social relations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 419-425.
- Lutgendorf, S.K. i Costanzo, E.S. (2003). Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(4), 225-232.
- Ljubešić, M. (2010). Mentalno zdravlje djece; što učiniti dok je još vrijeme. U: S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 35-41). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
- Mahoney, F.I. i Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Manne, S.L. i Zautra, A.J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 56(4), 608-617.

- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Ganfi, A. i Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395.
- Matešić, K. (1985). Intelektualne sposobnosti u zreloj i starijoj životnoj dobi. *Primijenjena psihologija*, 6(3-4), 266-279.
- Matešić, K. (1986). Uspješnost pamćenja u zreloj i starijoj dobi. *Andragogija*, 32(10-12), 291-303.
- Mathew, K. M., Ravichandran, G., May, K. i Morsley, K. (2001). The biopsychosocial model and spinal cord injury. *Spinal Cord*, 39(12), 644-649.
- Matković, T. i Zrinščak, S. (2006). Struktura troškova i usluga hrvatskoga zdravstvenog sustava. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1), 115-123.
- Mauksch, L. (2005). The biopsychosocial model: A view from the mountains and across a lake. *Families, Systems, & Health*, 23(4), 436-439.
- Merrill, B. i West, L. (2008). Using life history and biographical methodologies in researching adult and lifelong learning: Challenges and achievements in building a global conversation. U: J. Groen i S. Guo (Ur.), *Online Proceedings of the Canadian Association for the Study of Adult Education (CASAE)*. 27th National Conference 2008 at the University of British Columbia (str. 266-272). Vancouver: University of British Columbia.
- Moser, D.K., Dracup, K., Evangelista, L.S., Zambroski, C.H., Lennie, T.A., Chung, M.L., Doering, L.V., Westlake, C. i Heo, S. (2010). Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart & Lung*, 39(5), 378-385.
- Murphy, K., Cooney, A., Shea, E.O. i Casey, D. (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 606-615.
- Murtagh, K.N. i Hubert, H.B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406-1411.
- Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011.-2016. (2010). Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske.
- Nazor, M. (2010). Mentalno zdravlje mladih; kako im pomoći da nađu pravi put. U: S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 42-48). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.

- Niti, M., Ng, T.-P., Kua, E.H., Ho, R.C.M. i Tan, C.H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: The role of subjective health and functional status. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1087-1094.
- Nybo, H., Petersen, H. C., Gaist, D., Jeune, B., Andersen, K., McGue, M., Vaupel, J.W. i Christensen, K. (2003). Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians - The Danish 1905 - cohort survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1365-1373.
- Obradović, J. i Čudina-Obradović, M. (2004). Psihosocijalne pretpostavke skrbi za starije osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 11(2), 177-192.
- O'Connor, D.W., Pollitt, P.A., Roth, M., Brook, P.B. i Reiss, B.B. (1990). Memory complaints and impairment in normal, depressed, and demented elderly persons identified in a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 224-227.
- Oeppen, J. i Vaupel, J.W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, 296(5570), 1029-1031.
- Ogresta, J., Rusac, S. i Ajduković, M. (2008). Izloženost starijih osoba nasilju u obitelji. *Revija za socijalnu politiku*, 15(1), 3-22.
- Ostroški, Lj. (Ur.) (2010). Statistički ljetopis Republike Hrvatske. *Državni zavod za statistiku*. Vol. 42. www.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2010/SLJH2010.pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
- O'Sullivan, P.B., Smith, A.J., Beales, D.J. i Straker, L.M. (2011). Association of biopsychosocial factors with degree of slump in sitting posture and self-report of back pain in adolescents: A cross-sectional study. *Physical Therapy*, 91(4), 470-483.
- Pagel, M.D., Erdly, W.W. i Becker, J. (1987). Social support: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 793-804.
- Pantić, Z. (2010). Mentalno zdravlje odraslih; ima li još nade. U: S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 49-60). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
- Papalia, D.E. i Olds, S.W. (1992). *Human development*. McGraw-Hill, Inc.
- Park, D. i Gutchess, A. (2006). The cognitive neuroscience of aging and culture. *Current directions in psychological science*, 15(3), 105-108.
- Parsons, P.A. (2002). Aging: The fitness-stress continuum and genetic variability. *Experimental Aging Research*, 28(4), 347-359.
- Paul, C., Ayis, S. i Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.

- Pavlović, M. i Čorović, N. (2009). Praćenje pojavnosti kroničnih bolesti i zdravog starenja u Hrvatskoj od 1969. do 2007. – pregled plana praćenja i pripadajućih publikacija. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60(1), 61-68.
- Pavlović, M., Čorović, N., Gomzi, M., Šimić, D., Jazbec, A. i Kujundžić-Tiljak, M. (2004). Smoking habits, signs of chronic diseases, and survival in inland and coastal regions of Croatia: A follow-up study. *Collegium Antropologicum*, 28(2), 689-700.
- Pavlović, M., Lauri Korajlija, A., Šimić, D., Bobić, J. i Čorović, N. (2010). Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u Hrvatskoj). *Društvena istraživanja*, 19(6), 1079-1092.
- Perko, G., Tomek-Roksandić, S., Mihok, D., Puljak, A., Radašević, H., Tomić, B. i Čulig, J. (2005). Četiri javnozdravstvena problema. *Medicus*, 14(2), 205-217.
- Perlmutter, M. i Hall, E. (1992). *Adult Development and Aging*. John Wiley & Sons, Inc.
- Perls, T.T. (2004). The oldest old. *Scientific American Special Edition*, 14(3), 6-11.
- Petrak, O., Despot Lučanin, J. i Lučanin, D. (2006). Kvaliteta starenja - neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1), 37-51.
- Petz, B. (Ur.) (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Petz, B. (2007). *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pilgrim, D., Kinderman P. i Tai, S. (2008). Taking stock of the biopsychosocial model in the field of 'Mental health care'. *Journal of Social & Psychological Sciences*, 1(2), 1-39.
- Pinquart, M. i Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), 195-213.
- Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2005). *U sjeni ladonje: slika starenja u Istri*. Pula: Društvo psihologa Istre.
- Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2007). Stavovi o stari(ji)m osobama u Istri. U: J. Lopižić (Ur.), *Prevenција, (re)habilitacija, psihoedukacija*. Knjiga sažetaka 15. konferencije hrvatskih psihologa (str. 17-17). Cavtat: Hrvatsko psihološko društvo i Društvo psihologa Dubrovnika.
- Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2009). Some predictors of life satisfaction in older men and women in Western Croatia. U: T. Freire (Ur.), *Understanding positive life: Research and practice on positive psychology* (str. 117-130). Lisabon: Climepsi editores.
- Plomin, R. i Nesselroade, J.R. (1990). Behavioral genetics and personality change. *Journal of Personality*, 58(1), 191-220.

- Podgorelec, S. i Klempić, S. (2007). Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, 23(1-2), 111-134.
- Poredoš, D. (2001). Prilagodba na samački život kod osoba starije životne dobi. *Ljetopis socijalnog rada*, 8(1), 7-34.
- Poredoš, D. i Ivanec, D. (2004). Izloženost ratnim događajima i kvaliteta života starijih osoba u Kutini i Petrinji. *Ljetopis socijalnog rada*, 11(1), 43-62.
- Rathouz, P.J., Kasper, J.D., Zeger, S.L., Ferrucci, L., Bandeen-Roche, K., Miglioretti, D.L. i Fried, L.P. (1998). Short term consistency in self-reported physical functioning among elderly women. *American Journal of Epidemiology*, 147(8), 764-773.
- Requena, C., Martínez, A.M. i Ortiz, T. (2010). Vital satisfaction as a health indicator in elderly women. *Journal of Women & Aging*, 22(1), 15-21.
- Reuter-Lorenz, P. i Lustig, C. (2005): Brain aging: Reorganizing discoveries about the aging mind. *Current Opinion in Neurobiology*, 15(2), 245-251.
- Ricciardelli, L.A. i McCabe, M.P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of masculinity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205.
- Riediger, M. i Ebner, N.C. (2007). A broader perspective on three lifespan theories: Comment on Boerner and Jopp. *Human Development*, 50(4), 196-200.
- Rodin, U. i Belić, D. (2010). *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2009. godini*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. www.hzjz.hr/publikacije/stanovnistvo2009.pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
- Rogers, P.J. i Smit, H.J. (2000). Food craving and food "addiction": A critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 66(1), 3-14.
- Rönnlund, M., Nyberg, L., Bäckman, L. i Nilsson, L.-G. (2005). Stability, growth, and decline in adult life-span development of declarative memory: Cross-sectional and longitudinal data from a population-based sample. *Psychology and Aging*, 20(1), 3-18.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), 1097-1108.
- Rothermund, K. i Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and aging*, 18(1), 80-90.
- Rubelj, I. (2010). Telomere kontroliraju stanično starenje. *Rad HAZU. Medicinske znanosti*, 508=35, 69-75.
- Rusac, S. (2006). Nasilje nad starijim osobama. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 331-346.
- Rusac, S. (2010). Nasilje nad starijim osobama u obitelji na području grada Zagreba. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(3), 573-594.

- Rusac, S. (2011). Psihičko i fizičko zdravlje starijih osoba i povezanost s doživljenim nasiljem u obitelji. *Socijalna psihijatrija*, 39(1), 12-17.
- Rusac, S., Štambuk, A. i Leutar, Z. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku*, 14(3-4), 327-346.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Sacomani, R. (Ur.) (2006). *L'attività fisica nella terza età*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sapolsky, R.M., Krey, L.C. i McEwen, B.S. (1986). The adrenocortical axis in the aged rat: Impaired sensitivity to both fast and delayed feedback inhibition. *Neurobiology of Aging*, 7(5), 331-335.
- Sarkisian, C., Lee-Henderson, M. i Mangione, C. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1001-1005.
- Schaie, K.W. i Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Schaub, R.T. i Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old - Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 48-54.
- Schnittker, J. (2005). When mental health becomes health: Age and the shifting meaning of self-evaluations of general health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 397-423.
- Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Jonker, C. i van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001.
- Schulz, R., Heckhausen, J. i Locher, J.L. (1991). Adult development, control, and adaptive functioning. *Journal of Social Issues*, 47(4), 177-196.
- Scocco, P., Meneghel, G., Dello Buono, M. i De Leo, D. (2001). Hostility as a feature of elderly suicidal ideators. *Psychological Reports*, 88 (3 Pt 1), 863-868.
- Seeman, T.E. i McEwen, B.S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 459-471.
- Seeman, T.E., Epel, E., Gruenewald, T., Karlamangla, A. i McEwen, B.S. (2010). Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 223-239.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied psychology: An international review*, 57(Suppl.), 3-18.

- Seymour, D.G., Starr, J.M., Fox, H.C., Lemmon, H.A., Deary, I.J., Prescott, G.J. i Whalley, L.J. (2008). Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study (ABC1921). *Quality of Life Research*, 17(1), 11-20.
- Sherbourne, C.D. i Hays, R.D. (1990). Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31(4), 328-343.
- Sinoff, G. i Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 951-959.
- Skoog, I. (2004). Psychiatric epidemiology of old age: The H70 study - the NAPE Lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 4-18.
- Small, G.W., Komanduri, R., Gitlin, M. i Jarvik, L.F. (1986). The influence of age on guilt expression in major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(2), 121-126.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health & Quality of Life Outcomes*, 1, 29-32.
- Solar, O. i Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
- Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. i van Tilburg, W. (2000). Sex-differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 286-292.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., Kempen, G.I., Speckens, A.E. i Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370.
- Stowell, J.R., Kiecolt-Glaser, J.K. i Glaser, R. (2001). Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 323-339.
- Strinović, B. (2001). Učinci tjelesnog vježbanja na zdravlje i aktivnosti dnevnog života starijih. *Medicus*, 10(1), 69-71.
- Suh, G.-H. (2006). Predictors of mortality in an aging community-based cohort in Korea. *Psychogeriatrics*, 6(1), 10-18.
- Štambuk, A. (2001). Procjena psihičkog stanja starijih osoba u domu umirovljenika skalom SCL-90-R. *Društvena istraživanja*, 10(3), 503-526.
- Šućur, Z. (2000). Bračna i obiteljska situacija starih slijepih osoba u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 9(4-5), 663-686.

- Šućur, Z. (2004). Pristup pravima opće socijalne pomoći. *Revija za socijalnu politiku*, 11(1), 21-38.
- Šućur, Z. (2008). Socijalna sigurnost i kvaliteta života starijih osoba bez mirovinskih primanja u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 435-454.
- Tanaka, H., Sasazawa, Y., Suzuki, S., Nakazawa, M. i Koyama, H. (2011). Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: A seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 20-29.
- Tkalčić, M. (1998). *Psihoneuroimunološki aspekti bolesti alopecia areata*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Tkalčić, M. i Hauser, G. (2009). Upalni i funkcionalni crijevni poremećaji: Somatske, psihološke i socijalne karakteristike. *Društvena istraživanja*, 18(1/2), 91-110.
- Tomek Roksandić, S., Žuškin, E., Duraković, Z., Smolej-Narančić, N., Mustajbegović, J., Pucarín-Cvetković, J., Mišigoj Duraković, M., Doko Jelinić, J., Tučić, N. i Milošević, M. (2009). Ljudski vijek: Doživjeti i nadživjeti 100 godina? *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60(3), 375-386.
- Tomek-Roksandić, S., Tomasović-Mrčela, N., Narančić, N.S. i Sigl, G. (2010). Functional ability of the elderly in institutional and non-institutional care in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 34(3), 841-846.
- Tornstam L. (1996). Caring for the elderly: Introducing the theory of gerotranscendence as a supplementary frame of reference for caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(3), 144-150.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*, 11(2), 143-154.
- Trollor, J.N., Anderson, T.M., Sachdev, P.S., Brodaty, H. i Andrews, G. (2007). Age shall not weary them: Mental health in the middle-aged and the elderly. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 581-589.
- Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, 23(17), 758-767.
- TTB second decennial survey of older people (2006). *Draft protocol*.
- Tucak, I. i Nekić, M. (2007). Neke odrednice zadovoljstva zdravljem odraslih osoba. *Medica Jadertina*, 36(3-4), 73-82.
- 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.

- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., Malarkey, W.M., Glaser, R. i Kiecolt-Glaser, J.K. (1995). Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. *Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 14(6)*, 556-562.
- Uchino, B.N., Kiecolt-Glaser, J.K. i Cacioppo, J.T. (1992). Age-related changes in cardiovascular response as a function of a chronic stressor and social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 63(5)*, 839-846.
- UNHCR (2002). *Statistical yearbook, Croatia*. www.unhcr.org/414ad5860.html pristupljeno: 2. 6. 2011.
- UNHCR (2005). *Statistical yearbook, Croatia*. www.unhcr.org/4641be5611.html pristupljeno: 2. 6. 2011.
- Valsecchi, M. (2006). Politiche per la promozione dell'attività fisica nella terza età. U: R. Saccomani (Ur.), *L'attività fisica nella terza età* (str. 301-321). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van den Brink, C.L., Tijhuis, M., Van den Bos, G.A.M., Giampaoli, S., Nissinen, A. i Kromhout, D. (2005). The contribution of self-rated health and depressive symptoms to disability severity as a predictor of 10-year mortality in European elderly men. *American Journal of Public Health, 95(11)*, 2029-2034.
- Van der Weele, G.M., Gussekloo, J., De Waal, M.W.M., De Craen, A.J.M. i Van der Mast, R.C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24(6)*, 595-601.
- Veenhoven, R. (2009). Enjoyment of life lengthens life: Findings and consequences. U: T. Freire (Ur.), *Understanding positive life: Research and practice on positive psychology* (str. 19-42). Lisabon: Climepsi Editores.
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A. i Macuka, I. (2004). Anksioznost i depresivnost – fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija, 7(1)*, 45-64.
- Vulić-Prtorić, A. i Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: Razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina, 31(3-4)*, 115-140.
- Wadensten, B. (2006). An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20(3)*, 347-354.

- Walen, R.H. i Lachman, M.E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), 5-30.
- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T. i Shorek, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: The cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social Science & Medicine*, 60(8), 1705-1715.
- Walters, V., McDonough, P. i Strohschein, L. (2002). The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: An analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 54(5), 677-692.
- Ware, J.E.Jr. i Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36 – item short form health survey (SF-36); I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Weissman, M.-M., Markowitz, J.-S., Ouellette, R., Greenwald, S. i Kahn, J.P. (1990). Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: Results from a community survey. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1504-1508.
- Wernicke, T.F., Linden, M., Gilberg, R. i Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 111-119.
- Westerhof, G.J., Maessen, M., De Bruijn, R. i Smets, B. (2008). Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: An application of the theory of planned behaviour. *Aging & Mental Health*, 12(3), 317-322.
- WHO (n. d. a). www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html pristupljeno: 2. 6. 2011.
- WHO (n. d. b). www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html pristupljeno: 2. 6. 2011.
- WHO (n. d. c). www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/index4.html pristupljeno: 2. 6. 2011.
- WHO (1948). *Definition of health* www.who.int/suggestions/faq/en/ pristupljeno: 2. 6. 2011.
- WHO (1978). *Deklaracija iz Alma Ate*. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, pristupljeno: 2. 6. 2011.
- WHO (1996). *The world health report 1996: Fighting disease, fostering development*. www.who.int/whr/1996/en/whr96_annex.pdf pristupljeno: 4. 6. 2011.
- WHO (2001). *Strengthening mental health promotion*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html pristupljeno: 2. 6. 2011.

- WHO (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. www.who.int/whr/2006/annex/06_annex1_en.pdf pristupljno 4. 6. 2011.
- WHO (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
- Wolinsky, F. i Johnson, R. (1991). The use of health services by older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(6), 345-357.
- Wrosch, C., Schulz, R. i Heckhausen, J. (2004). Health stresses and depressive symptomatology in the elderly: A control-process approach. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 17-20.
- Yamada, S. i Palafox, N. (2001). On the biopsychosocial model: The example of political economic causes of diabetes in the Marshall Islands. *Family Practice*, 33(9), 702-704.
- Young, H. i Vitaliano, P. (2007). Methods in health psychology. U: C.M. Aldwin, C.L Park i A. Spiro III (Ur.), *Handbook of health psychology & aging* (str. 54-74). New York: Guilford.
- Zigmond, A.S. i Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zrinščak, S. (2000). Skile i haribde socijalne sigurnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 7(3-4), 229-243.
- Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg Dorly, J.H., Jylhä, M. i Pedersen, N. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: A cross-national comparison. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 198-207.
- Žganec N., Rusac S. i Laklija M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.

SAŽETAK

Mentalno zdravlje starijih osoba sve je važnija tema zbog porasta broja i udjela starijeg stanovništva. U provjeri stabilnosti mentalnog zdravlja i njegovih činitelja u ovom se radu koriste biopsihosocijalni model i pristup cjeloživotnog razvoja. Cilj je usporediti mentalno zdravlje dvije kohorte starijih i povezanost njegovih bioloških i socijalnih činitelja. U okviru Tipping the balance studije prvi uzorak (1995.) činilo je 389, a drugi (2005.) 461 osoba od 70 do 99 godina. Mentalno zdravlje ispitivalo se skalama: psihičkog zdravlja (SF-36), depresivnosti i anksioznosti (HADS). Biološke varijable bile su: spol, dob, funkcionalne sposobnosti (Barthelov Index) i fizičko zdravlje (SF-36), a socijalne: korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga te (ne)samački uvjeti života. Rezultati pokazuju bolje mentalno zdravlje mlađe kohorte što potvrđuje hipotezu o utjecaju povoljnijih društveno-normativnih faktora u 2005. u odnosu na 1995. godinu. Od bioloških varijabli najviše povezanosti s mentalnim zdravljem pokazalo je fizičko zdravlje, a najmanje dob. Od socijalnih varijabli, korištenje socijalnih i zdravstvenih usluga povezano je negativno s mentalnim zdravljem, kako je bilo i pretpostavljeno u hipotezi, dok (ne)samački uvjeti življenja nisu. Ukupno je utvrđen veći doprinos bioloških nego socijalnih prediktora mentalnom zdravlju. U starijoj je kohorti vidljiv veći doprinos bioloških faktora nego u mlađoj, što se pripisuje većim očekivanjima mlađe generacije u skladu s boljim uvjetima u zajednici. Nađene su specifičnosti s obzirom na spol, dob i s obzirom na to žive li starije osobe same ili ne. Rezultati doprinose modelima unutar kojih su provjeravane hipoteze, a s praktične strane pomažu zdravstvenoj i socijalnoj politici u određivanju potreba za mentalno zdravlje starijih osoba.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, stariji, kohorte, generacije, nacrt s vremenskom zadržkom, biološki i socijalni čimbenici, cjeloživotni razvoj, biopsihosocijalni model zdravlja, *tipping the balance*

STRUCTURED SUMMARY

Introduction. *Elderly people's mental health is an important topic due to increasing number and proportion of the elderly in general population. Biopsychosocial model and the lifespan development approach were used in this study to examine the stability of mental health and its biological and social correlates. The biopsychosocial model is acceptable because it takes into consideration possible biological and social factors of mental health. The lifespan development approach additionally divides the biological and social factors into two groups of influences – age related and socio-history related contexts of different cohorts.*

Aim, objectives, and hypotheses. *The aim of the study was to compare mental health and its biological and social correlates between two cohorts of elderly – one examined in 1995, and the other examined in 2005. Three objectives were identified: (1) To explore possible differences in mental health, as well as in biological and social variables of elderly in the Istrian county between two cohorts, and to check whether there were differences related to age, gender and living conditions within and between cohorts; (2) To examine correlations of the biological and social variables with mental health and to compare them between cohorts; (3) To explore possible differences in relative contribution of the biological and social predictors to mental health between cohorts. Several hypotheses were suggested for the listed objectives, but for some of them, due to insufficient data, this study was exploratory. Hypotheses: (1) According to the lifespan development approach, due to more favourable societal-norm related factors, the younger cohort (examined in 2005) will have better mental health than the older cohort (examined in 1995). Biological variables related to normative ontogenetic influences will not differ (functional abilities and physical health). (2) Mental health will be positively correlated with functional abilities, physical health and living with others, while it will be negatively correlated with age, social and health service utilisation and living alone. (3) Biological factors will be hierarchically better predictors of mental health than the social ones.*

Method. *Within the Tipping the balance study the first sample (in 1995) consisted of 398 and the second sample (in 2005) consisted of 461 person aged 70 to 99. The following measures were used for mental health assessment: mental health scale (SF-36), depression and anxiety scales (HADS). Biological variables were: age, gender, functional abilities (Barthel index) and physical health (SF-36), and the social ones were: utilisation of social*

and health services and social living conditions (living alone or living with other people). All the measures were self-assessed in interviews with nurses in the county of Istria (Croatia).

Results. *Results related to the first objective show better mental health in the younger cohort, confirming the hypothesis about the influence of more favourable societal-norm related factors in 2005 (more stabile society and economy conditions) compared to 1995 (end of war, slow transition in democratic processes, problems in creation of the national state). Physical health did not differ between cohorts, as hypothesised, but functional abilities were, unexpectedly, assessed as weaker in the younger cohort. Probable reason for this was higher expectation in the younger cohort. Some usual gender differences were found – women assessed themselves as more anxious, with poorer physical health and they reported to be using more health services than men. Expected age differences were also found: older elderly reported about weaker mental health, functional abilities and physical health, and they utilised more social services than the younger ones. These results are related with ontogenetic normative factors. Elderly persons living alone reported about better functional abilities than those who live with other people. Results related to the second objective revealed that biological and social variables were connected with mental health in both cohorts, and most of them confirmed hypotheses about connections and directions. Physical health was the most connected biological variable with mental health. However, in the older cohort this connection was higher and negative. The reason for this could be that in the end-of-war situation elderly thought: the worse the physical health, the more effort we should invest to endure. Functional abilities were connected as hypothesised. Correlation with depression seemed to be more important in the older cohort. Age was connected as hypothesis suggested. Although it was weak, this connection confirms expected increase of psychiatric morbidity with age in elderly. Utilisation of social and health services, as social variables, was negatively connected with mental health, as expected, while the social living arrangements (living alone or not) were not. Regarding the third objective, generally higher contribution of biological than social predictors to mental health was found, as hypothesised. In the older cohort biological factors contributed more to mental health than in the younger cohort, which is ascribed to higher expectations of the younger generation because of better community conditions. Some specific results were found related to gender, age, and the social living arrangements of the elderly. Gender differences showed that depression and anxiety of men in the older generation were probably connected to the more specific predictors related to war. More connections of predictors with mental health were found in elderly that lived with*

someone, compared to those who lived alone. Differences between cohorts imply that it is different to live alone in these two cohorts.

Conclusion. *Results contribute to the two models within which the hypotheses were tested, showing that mental health is subject to changes between generations. On the practical level, they help creators of health and social welfare policies prioritise needs for elderly people's mental health protection and promotion.*

Key words: mental health, elderly, cohorts, generations, time-lag design, biological and social factors, lifespan development approach, biopsychosocial model of health, tipping the balance

ŽIVOTOPIS I POPIS JAVNO OBJAVLJENIH RADOVA

Marlena Plavšić rođena je 1972. u Puli. Diplomirala je psihologiju 1995. godine na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, a 2005. magistrirala s temom iz antropologije na Odsjeku za biologiju Prirodoslovno-matematičkog fakulteta, također u Zagrebu. Od 1995. bila je zaposlena u udruzi *Suncokret* u Puli na poslovima vođenja projekata i aktivnosti za djecu, mlade, volontere i druge udruge. Rad *Suncokreta* predstavljala je na skupovima u zemlji i inozemstvu (Španjolska, BiH, Rumunjska, Bugarska, Crna Gora, Njemačka, V. Britanija, SAD, Japan). U struci se bavila školskom psihologijom, psihodijagnostikom na odjelu neurologije i psihologijom u medicini rada. Od 2007. asistentica je na Odjelu za humanističke znanosti Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli. Koautorica je nekoliko znanstvenih i stručnih radova i knjiga te popularnih tekstova iz psihologije. Izlagala je na međunarodnim i domaćim stručnim i znanstvenim skupovima, recenzirala priručnike i evaluirala nekoliko projekata. Sudjelovala je u domaćim i međunarodnim znanstvenim i stručnim projektima. Članica je *Društva psihologa Istre*, *Hrvatskog psihološkog društva* i *Hrvatske psihološke komore* te je i dalje aktivna u radu udruge *Suncokret – Pula*.

Javno objavljeni radovi:

- Ambrosi-Randić, N. i Plavšić, M. (2008). *Uspješno starenje*. Pula: Društvo psihologa Istre – Sveučilište J. Dobrile – Istarska županija.
- Ambrosi-Randić, N. i Plavšić, M. (2011). Strategies for goal-achievement in older people with different levels of well-being. *Studia psychologica*, 53(1), 97-106.
- Plavšić, M. (2001). Djeca u ratu. U: N. Ambrosi-Randić (Ur.), *Razgovori o nasilju nad djecom* (str. 72-80). Pula: Društvo Naša djeca - Gradska knjižnica i čitaonica.
- Plavšić, M. (2005). *Procjena interakcije bioloških i psihosocijalnih rizičnih i protektivnih faktora zdravlja adolescenata u okviru holističkog antropološkog pristupa*. Magistarski rad, neobjavljen. Zagreb: PMF.
- Plavšić, M. (2009). Zaključena zaključcima, otvorena akcijama... U: Dž. Hadžiselimović, M. Plavšić, J. Pregrad, i V. Rusijan (Ur.), *Psihologija, mediji, etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju* (str. 25-35). Pula: Društvo psihologa Istre – Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2005). *U sjeni ladonje: Slika starenja u Istri*. Pula: Društvo psihologa Istre.
- Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2009). Some predictors of life satisfaction in older men and women in Western Croatia. U: T. Freire (Ur.), *Understanding positive life: research and practice on positive psychology* (str. 117-130). Lisabon: Climepsi editores.
- Plavšić, M. i Ljubešić, M. (2009). Književni interesi mladeži (na području Istarske i primorsko-goranske županije). *Metodički obzori*, 4(1-2), 125-142.
- Plavšić, M. i Pregrad, J. (2008). Psihologija-mediji-etika: 16. konferencija hrvatskih psihologa u Poreču. *Medijska istraživanja*, 14(2), 132-136.
- Plavšić, M., Kesić Kiš, M. i Buić Modrušan, K. (2009). Bridging gaps among children and youth. U: D. M. Maglajlić (Ur.), *Proceedings of the 20th Anniversary Conference School of Social Work Theory and Practice* (str. 77-81). Dubrovnik: Inter University Centre Dubrovnik.
- Sujoldžić, A., Božić Vrbančić, S., Kulenović, T., Plavšić, M. i Terzić, R. (2006). *Bosanci - Kulturni profil*. Zagreb: Institut za antropologiju.

PRILOZI

- A. Demografska obilježja
- B. Uvjeti stanovanja
- C. Upitnik SF 36
- D. Slike distribucija kontinuiranih varijabli
- E. Barthel index aktivnosti svakodnevnog života
- F. Korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga
- G. Bolnička skala anksioznosti i depresivnosti (HADS)

SADRŽAJ

1. UVOD	1
<i>1.1. Mentalno zdravlje.....</i>	<i>6</i>
1.1.1. Pozitivna obilježja mentalnog zdravlja	8
1.1.2. Negativna obilježja mentalnog zdravlja.....	9
1.1.2.1. Depresivnost i anksioznost	6
1.1.3. Pristupi istraživanja zdravlja	14
1.1.3.1. Biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja	16
1.1.3.1.1. Biološki čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba.....	14
1.1.3.1.2. Psihološki čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba.....	20
1.1.3.1.3. Socijalni čimbenici mentalnog zdravlja starijih osoba.....	23
1.1.4. Mentalno zdravlje u razvojnoj perspektivi.....	35
<i>1.2. Psihologija starije životne dobi.....</i>	<i>36</i>
1.2.1. Specifičnosti istraživanja u psihologiji starenja	42
1.2.1.1. Uzorak.....	38
1.2.1.2. Problemi mjerenja	40
1.2.1.3. Ispitivanje promjena i metode istraživanja.....	43
1.2.2. Psihološke teorije starenja.....	52
1.2.2.1. Socijalne teorije.....	48
1.2.2.1. Teorije razvoja ličnosti.....	50
1.2.2.1. Teorije cjeloživotnog razvoja.....	51
1.2.2.3.1. Opća teorija razvoja kao psihologija cjeloživotnog razvoja.....	59
<i>1.3. Istraživanja u Hrvatskoj</i>	<i>65</i>
1.3.1. Biološke varijable	65
1.3.2. Socijalne varijable.....	66
1.3.3. Psihološke varijable	67
1.3.4. Biološke, socijalne i psihološke varijable	69
<i>1. 4. Obrazloženje teme</i>	<i>72</i>
2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	74
2.1. Cilj istraživanja	74
2.2. Problemi istraživanja	74
2.3. Hipoteze istraživanja.....	74
3. METODA ISTRAŽIVANJA	75
3.1. Sudionici.....	77
3.2. Mjerni instrumenti.....	78
3.3. Postupak.....	82

4. REZULTATI.....	84
4.1. <i>Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte.....</i>	85
4.2. <i>Povezanost bio. i soc. varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte</i>	97
4.3. <i>Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte.....</i>	100
5. RASPRAVA	117
5.1. <i>Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte.....</i>	117
5.2. <i>Povezanost bio. i soc. varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte</i>	125
5.3. <i>Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte.....</i>	129
5.4. <i>Metodološka ograničenja i prijedlozi za daljnja istraživanja.....</i>	133
5.5. <i>Znanstvene i praktične implikacije dobivenih rezultata.....</i>	134
6. ZAKLJUČAK	136
6.1. <i>Mentalno zdravlje starijih osoba te biološke i socijalne varijable u dvije kohorte.....</i>	136
6.2. <i>Povezanost bio. i soc. varijabli s mentalnim zdravljem starijih osoba u dvije kohorte</i>	138
6.3. <i>Doprinos prediktora tumačenju mentalnog zdravlja starijih osoba u dvije kohorte.....</i>	139
7. LITERATURA.....	141
SAŽETAK	164
STRUCTURED SUMMARY	165
ŽIVOTOPIS I POPIS JAVNO OBJAVLJENIH RADOVA	168
PRILOZI	170
SADRŽAJ	171