

PSIHOSOCIJALNA PRILAGODBA KORISNIKA U GERONTOLOŠKOM CENTRU SARAJEVO

Dipl. psiholog, Adela BAHTO

Dipl. sociolog, Ensar TIČIĆ

KJU "Gerontološki centar" Sarajevo,

e-mail: info@gcs.com.ba, adela_bahto@hotmail.com, ensar2105@yahoo.com.

SAŽETAK

Poremećaji u psihosocijalnoj adaptaciji jedna su od dominantnih karakteristika starenja, a istraživanje psihičkog stanja tokom prilagodbe važno je kako za prevenciju psihičkih poremećaja kod korisnika Gerontološkog centra tako i za poboljšanje kvaliteta njihovog života u instituciji. Promjena mjesta boravka uzrokuje neugodnosti u bilo kojoj životnoj dobi, ali je posebno teška u starosti. Za osobe treće životne dobi promjena mjesta boravka često je praćena socijalnom izolacijom i problemima u prilagodbi. Cilj rada je ispitati doprinos sociodemografskih karakteristika, funkcionalnog statusa i dužine boravka u ustanovi objašnjenju varijanse prilagodbe korisnika Gerontološkog centra Sarajevo. Kao sociodemografske varijable uzeti su spol, dob, obrazovanje, bračni i ekonomski status. Psihosocijalna prilagodba je operacionalizirana kroz 9 primarnih dimenzija: somatizaciju, opsesivnu-kompulsivnost, osjetljivost u međuljudskim odnosima, depresiju, anksioznost, neprijateljstvo, fobičnu anksioznost, paranoidne ideje i psihoticizam. U istraživanju je učestvovalo 134 korisnika (70 žena i 64 muškarca), prosječne dobi 79 godina (59-106 godina). Prema rezultatima regresijske analize, značajni prediktori prilagodbe za anksioznost su spol ($\beta = -.242$, $p < 0.01$), dob ($\beta = .210$, $p < 0.05$), za fobičnost funkcionalni status (mobilnost) ($\beta = -.194$; $p < 0.05$), dok su socio-ekonomski status ($\beta = -.292$, $p < 0.01$) i dužina boravka ($\beta = .215$, $p < 0.05$) prediktori ukupnih simptoma. Dobiveni rezultati su djelimično u skladu sa rezultatima sličnih istraživanja i mogu pridonijeti razumijevanju ove problematike te kreiranju tretmanskih programa.

Ključne riječi: *osobe starije životne dobi, psihosocijalna prilagodba, institucionalizacija*

SUMMARY

Disorders in psychosocial adaptation are one of the dominant characteristics of aging. Research of psychological state during the institutional adaptation is important for mental disorders prevention so as to improve the life quality in the institution. Change of residence causes discomfort at any age, but is particularly difficult in the old age. For the elderly residence change is often accompanied by social isolation and adjustment problems. The aim of this study was to examine the contribution of sociodemographic features, functional status and length of stay in the institution to the variance explanation of Gerontology Center Sarajevo residents' psychosocial adaptation. Psychosocial adaptation was operationalized through 9 primary dimensions: somatization, obsessive-compulsiveness, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. This study included 134 residents (70 women and 64 men), average age 79 (59-106 years). According to the results of regression analysis gender ($\beta = -.242$, $p < 0.01$) and age ($\beta = .210$, $p < 0.05$) are significant predictors of anxiety, functional status (mobility) is significant predictor of phobic anxiety ($\beta = -.194$; $p < 0.05$), while SES ($\beta = -.292$, $p < 0.01$) and length of stay in institution ($\beta = .215$, $p < 0.05$) proved to be significant predictors of general symptoms. The results are partly in line with the results of similar studies and may contribute to the understanding of these issues and to the treatment programs creation.

Keywords: elderly, *psychosocial adaptation*, *institutionalization*, *stress*

UVOD

Prema podacima Agencije za statistiku BiH, osobe iznad 65 godina starosti čine 15,5 % stanovništva Bosne i Hercegovine (www.slobodnaevropa.org)¹. Činjenica je da se broj starih u našoj zemlji iz dana u dan povećava, nasuprot tome natalitet je u padu, što rezultira povećanim rastom zastupljenosti osoba starijih od 65 godina, odnosno demografskim starenjem društva. Iz tog razloga sve je veća potreba društva da istražuje probleme i pojave koje prate starenje kako bi se ovoj populaciji osigurao što kvalitetniji život i zdravije starenje.

K.J.U. "Gerontološki centar" Sarajevo je javna ustanova koja pruža institucionalne i vaninstitucionalne oblike socijalne i zdravstvene zaštite, koja proučava i bavi se problemima starenja i starosti. U Gerontološkom centru (GC)² pružaju se usluge za oko 340 korisnika na domskom smještaju i za oko 30 korisnika u kućnoj njezi. U toku dugogodišnjeg rada sa korisnicima uočeno je da određene osobe imaju teškoće prilikom adaptacije ili se uopšte ne mogu prilagoditi životu u instituciji, otuda i potreba za istraživanjem uzroka koji dovode do otežane adaptacije, odnosno načina suočavanja sa stresom.

U literaturi je teško naći operacionalnu definiciju prilagodbe, ali bismo je u njenom najširem smislu mogli shvatiti kao sklad ili ravnotežu između zahtjeva i potreba pojedinca i okoline. Tokom života čovjeka brojne situacije narušavaju tu ravnotežu. Procjene stresnosti takvih situacija redovno su rezultat percipiranih zahtjeva situacije u odnosu na percipirane lične izvore suočavanja. Pri tome osoba evaluira vlastite kompetencije, socijalnu podršku koju ima, materijalne i druge resurse s namjerom prilagodbe novim okolnostima i ponovne uspostave ravnoteže između sebe i okoline (Jerusalem i Schwarzer, 1992., prema Ivanov, 2006.).

Magnuson, Duner i Zetterblom (1975) navode da je razvoj proces koji karakteriše kontinuirana interakcija pojedinca i njegove okoline, te da taj proces možemo shvatiti i proučavati kao proces prilagodbe. Ishod prilagodbe pojedinca zavisit će od karaktera okoline s kojom je u interakciji. Društvo vrši snažan pritisak na pojedinca da se akomodira, ako želi biti prilagođen socijalnom okruženju (Ivanov, 2006.).

Kako je prilagodba složen fenomen, postoji i više kriterijuma po kojima se određuje dobra ili loša prilagodba, Lazarus (1964) ih navodi nekoliko. Prije svega, postojanje psiholoških

¹ Tekst objavljen na web stranici Radio Slobodna Evropa 01.10.2010.

² U daljem tekstu Gerontološki centar označavat će se skraćenicom GC.

problema (npr., anksioznosti i/ili depresije) obično se uzima kao znak lošeg prilagođavanja. Drugi kriterijum loše prilagodbe su poteškoće u kognitivnom funkcionisanju. Nesposobnost osobe da jasno misli bez iskrivljavanja realnosti, ili da koristi socijalne i profesionalne vještine, upućuje na stanje stresa i poteškoće u prilagođavanju. Treći kriterijum jesu smetnje tjelesnog funkcionisanja. Tipični psihosomatski simptomi su problemi s apetitom, visok krvni pritisak, migrenozne glavobolje, gastrointestinalni bolovi, čir na želucu itd. Četvrti kriterijum su poremećaji u ponašanju. Ako manifestacija takvih poremećaja još i značajno odstupa od socijalnih normi, osobu smatraju neprilagođenom i često je izbjegavaju ili kažnjavaju (prema Ivanov, 2006).

Lazarus uočava i određene teškoće u primjeni kriterija prilagodbe. Teškoće su posebno izražene u području socijalnih normi. Kriteriji prilagodbe koji se procjenjuju na osnovi socijalnih normi uvijek su relativni. Variraju od kulture do kulture, pa čak i unutar iste kulture među različitim grupama. Promjene su vidljive i s razvojem društva. Nešto što je danas normalno, prije 20, 30 ili više godina to nije bilo. Određene teškoće pojavljuju se i sa standardima usporedbe. Oni mogu biti interindividualni, gdje osobu upoređujemo s tim kakvi su drugi ljudi, ili intraindividualni, pri čemu osobu upoređujemo s tim kakva je ona obično. Utvrđene su i spolne razlike u izražavanju poteškoća u prilagodbi (Ivanov, 2006).

U brojnim istraživanjima koristili su se različiti kriteriji prilagodbe kao što su anksioznost i depresija, usamljenost, samopoštovanje, ciljevi, poremećaji u vjerovanju o sebi i drugima, količina i dostupnost socijalne podrške te fizički simptomi i zadovoljstvo životom (Ivanov, 2006).

Čini se da je nemoguće razmišljati o procesima prilagodbe bez osvrta na teoriju stresa. Činjenica je da je određeni stepen stresa potreban za promjene, kako navode i Havighurst (1972) i Strange (1994, prema Lacković-Grgin, 2000). Strange kaže da tranzicije privremeno mijenjaju raspoloženje i ponašanje, ali nakon toga, za većinu osoba slijedi prilagodba. McCrae i Costa (1986, prema Lacković-Grgin, 2000) misle da je suočavanje odgovor na stresnu situaciju koji pomaže u uspostavljanju psihosocijalne prilagodbe. Pored toga, neka druga određenja suočavanja u sebi uključuju pojam prilagodbe jer je ona cilj suočavajućih reakcija (Ivanov, 2006).

Većina istraživanja u oblastima stresa i suočavanja u starenju povezana su sa zadovoljstvom životom kod starijih ljudi. Tokom 40 godina istraživanja Lohmann (1980, prema Lazarus i DeLongis, 1983) je zaključila da pet primarnih varijabli – bračni status, penzionisanje,

zdravlje, socijalne aktivnosti, riješeno stambeno pitanje i prirodno okruženje – nisu dale konkretna objašnjenja koja se odnose na uzroke i faktore zadovoljstva životom. U Larsonovom (1978, prema Lazarus i DeLongis, 1983) pregledu gerontološke literature jedino je samoprocjena zdravlja u konzistentnoj korelaciji od 0.40 sa mjerama subjektivnog blagostanja. Neki stariji ljudi imaju slabiju samoprocjenu blagostanja, a neki bolju, tako da je ova varijacija prisutna čak i među onima koji su institucionalizovani. Lieberman (1975) je ukazao da je glavni faktor ove varijacije stepen objektivne promjene životnih okolnosti (prema Lazarus i DeLongis, 1983.). Sama promjena ne utiče na emocionalno blagostanje čak i kada je ta promjena dobrovoljna, osim ako vodi teškoćama u ključnim životnim uslovima (Pearlin, 1980., prema Lazarus i DeLongis, 1983.).

Jedna od značajnijih karakteristika savremenog istraživanja stresa je zabrinutost zbog dramatičnih događaja i finansijske situacije. Ljudi su rijetko pasivni u odnosu na ono što im se dešava, traže način da promijene stvari ako mogu, a ako ne mogu koriste kognitivne metode suočavanja koje mogu promijeniti značenje situacije (Lazarus i DeLongis, 1983.).

Zbog sve većeg starenja populacije i posljedičnog povećavanja potreba za smještajem starijih osoba u staračke domove, javlja se i potreba za istraživanjem psihičkih faktora koji mogu biti povezani s problemom adaptacije na život u domu (Droždjek i sar., 2000., Poon i sar., 1992., Puljiz, 1995., prema Štambuk, 2001.).

Poremećaji u psihosocijalnoj adaptaciji jedna su od dominantnih karakteristika starenja (Havelka i Despot – Lučanin, 1990., prema Štambuk, 2001.), a istraživanje psihičkog stanja tokom prilagođavanja važno je i za prevenciju psihičkih poremećaja kod korisnika doma i za poboljšanje kvaliteta njihovog života (Štambuk, 1999., prema Štambuk, 2001.). Sociokulturna struktura okoline u kojoj živi starija osoba takođe je važna za adaptaciju. U tome se ističu dva činioca: prvi je odnos okoline prema starijim osobama, a drugi su zahtjevi koje okolina postavlja pred starije osobe. Promjena mjesta boravka uzrokuje neugodnosti u bilo kojoj životnoj dobi, ali je posebno teška u starosti. Za stariju osobu promjena mjesta boravka često je praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagođavanju i osjećajem da se nekome nameće ili da joj se neko nameće (Yawney i sar., 1973., prema Štambuk, 2001.). Ima mnogo različitih tipova premještaja koji se događaju starim ljudima, a od svih premještaja za stariju osobu najveću radikalnu promjenu predstavlja prijelaz iz zajednice u instituciju (Coffman, 1983., McConel i Deljavin, 1982., Mirotzkin i Ruskin, 1985., prema Štambuk, 2001.).

Iskustvo GC-a ukazuje na važnost psihičke pripreme korisnika za dolazak u instituciju i važnost načina prijema korisnika, kako bi se izbjegle adaptacione poteškoće odnosno umanjio stres uzrokovan promjenom okoline.

Faktori rizika koji najčešće dovode do institucionalizacije uključuju godine, funkcionalni i bračni status, životne uslove, primanja, spol i zdravstveni status (Branch and Jette, 1982., Cohen, Tell, and Wallack, 1986., Dunlop, 1976., Greenberg and Ginn, 1979., Palmore, 1976., Shapiro and Tate, 1988., and Weissert and Scanlon, 1984., prema Steinbach, 1992.).

Prema posljednjim podacima GC-a, najčešći razlozi institucionalizacije korisnika su bolest (43,38%), usamljenost (27,13%) i odsustvo socijalne podrške (8,55%), dok određeni broj korisnika se institucionalizuje zbog neriješenog stambenog pitanja, teške finasijske situacije i funkcionalne nemoći (8,26%).

Sadašnje studije identifikuju pet varijabli koje vjerovatno utiču na institucionalizaciju: dob, samoprocjena zdravlja, broj ograničenih dnevnih aktivnosti, socijalne aktivnosti i životni uslovi (Branch and Jette, 1982., Shapiro and Tate, 1988., prema Steinbach, 1992.).

Ne iznenađuje podatak da niska samoprocjena zdravlja povećava vjerovatnoću institucionalizacije (Cohen, Tell, i Wallack, 1986., Mossey i Shapiro, 1982., prema Steinbach, 1992.).

Starije osobe koje imaju članove porodice ili prijatelje koji im pomažu prilikom obavljanja dnevnih aktivnosti, duže ostaju nezavisni i u svom prirodnom okruženju, dok osobe koje žive same bez bilo kakve socijalne podrške najčešće budu institucionalizovane.

CILJEVI RADA

Prethodna istraživanja pokazuju tendenciju ispitivanja psihosocijalnih karakteristika korisnika u odnosu na uslove institucionalizacije, te praćenje prilagodbe na život u instituciji u odnosu na dužinu boravka. Uvažavajući rezultate ranijih studija u kojima su pokazane značajne sociodemografske, kao i razlike u dužini boravka u psihosocijalnim reakcijama na stres, cilj ovog istraživanja bio je ispitati doprinos sociodemografskih karakteristika, funkcionalnog statusa i dužine boravka psihosocijalnoj prilagodbi institucionalizovanih korisnika. Studija bi trebala dodatno doprinijeti analizi stanja korisnika u GC-u i šire, uzimajući u obzir da prethodna istraživanja nisu provedena na području Bosne i Hercegovine.

METODA

Ispitanici

Ukupan broj ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem je 134 korisnika GC-a. Uzorak obuhvata 70 žena i 64 muškarca, starosne dobi od 59-106 godina, prosječna dob iznosi $M=78,75$ ($SD=7,11$). Ispitanici su odabrani na osnovu sposobnosti razumijevanja Skale SCL-90-R i dobrovoljnog pristanka. U uzorak nisu uključeni korisnici koji su dementni, delirantni ili imaju mentalni deficit. Deset korisnika je odbilo da sudjeluje u istraživanju iako su ispunjavali sve navedene uslove. Obzirom da kod deset korisnika nije evidentiran niti jedan simptom, u daljnjim analizama ovi ispitanici su isključeni.

Instrumentarij

Prikupljeni su sljedeći podaci:

- sociodemografska obilježja (dob, spol, obrazovanje, ekonomski status, bračni status i dužina boravka).
- zdravstveno stanje korisnika (status korisnika – zavisin/nezavisin i podaci o hroničnim bolestima).
- socijalni kontakti, motivisanost za aktivnosti, psihičko stanje i organizovanje slobodnog vremena.

Pored toga, za ispitivanje psihosocijalne prilagodbe korištena je SCL-90-R (Derogatis, 1977., 1983., 1994.) multidimenzionalna skala samoprocjene simptoma, nastala iz Hopkinsove liste simptoma (HSCL - Hopkins Symptom Checklist) (Derogatis, Lipman, Rickles, Uhlenhuth i Covi, 1974., prema Derogatis i Cuelpepper, 2004.) i prvi put objavljena 1975. godine. SCL-90-R se sastoji od 90 opisanih simptoma koje ispitanik procjenjuje prema intenzitetu pojavljivanja (rangira ih u rasponu od 0 = nimalo do 4 = vrlo mnogo) (Groth-Marnat, 2009.). Skala mjeri simptome stresa pomoću devet dimenzija i tri globalna indeksa stresa. Dimenzije uključuju somatizaciju (SOM), opsesivnu-kompulsivnost (OBS), osjetljivost u međuljudskim odnosima (INT), depresiju (DEP), anksioznost (ANX), neprijateljstvo (HOS), fobičnu anksioznost (PHOB), paranoidne ideje (PAR) i psihoticizam (PSY) (Derogatis i Cuelpepper, 2004.). U ovom istraživanju dobivene su zadovoljavajuće i prihvatljive Cronbach alpha pouzdanosti dimenzija u rasponu od 0.61 za paranoidne ideje do 0.83 za somatizaciju. Jedino su na dimenzijama hostilnosti i psihotičnosti pouzdanosti bile niže i iznosile su redom 0.49 i 0.47, tako da ove dimenzije nisu dalje razmatrane u analizi.

Globalni indeksi mjere ukupni nivo psihološkog stresa i to Indeks ukupnih teškoća (GSI), Indeks pozitivnih simptoma nelagode (PSDI) i Ukupni pozitivni simptomi (PST). SCL-90-R je dobro potvrđen instrument koji je u širokoj primjeni i upotrebi. (Derogatis i Fitzpatrick, 2004.). Pouzdanost SCL-90-R je konzistentno visoka (Groth - Marnat, 2009.). Skala je također pokazala visoku konvergentnu i divergentnu valjanost. Instrument se upotrebljava u dijagnostici i liječenju u skladu sa mentalnim stanjem i to u širokom rasponu medicinskih stanja uključujući kardiovaskularne, onkološke, endokrine, neurološke, hirurške kao i psihičke poremećaje (Derogatis, 2004.).

Postupak

Ispitivanje je provedeno u periodu između oktobra 2011. godine i marta 2012. godine. Podatke su prikupljali uposlenici GC-a, uz pomoć studenata treće godine Filozofskog fakulteta – odsjek Psihologija (koji su prethodno bili obučeni za primjenu skale SCL-90-R). U saradnji sa Službom socijalnog rada prikupljeni su sociodemografski podaci o korisnicima, dok su uz pomoć Službe zdravstvene zaštite prikupljeni podaci o hroničnim bolestima iz zdravstvenih kartona korisnika.

Prije početka ispunjavanja upitnika, ispitanicima je pročitana uputa kojom su se upoznali s ciljem istraživanja pri čemu im je naglašeno da će dobiveni rezultati biti upotrijebljeni samo u naučne svrhe te da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno i anonimno. Nakon pristanka na sudjelovanje i upoznavanja s ciljem istraživanja, ispitivači su čitali listu simptoma i bilježili odgovore koje su ispitanici navodili na skali Likertovog tipa od 0-4. Razlog ovakvog načina primjene skale je taj što većina ispitanika ima oslabljen vid i sluh. Za ispunjavanje skale SCL-90-R je bilo potrebno u prosjeku oko 30 minuta. Vrijeme ispunjavanja skale nije bilo ograničeno.

REZULTATI

Statistička obrada podataka izvršena je uz pomoć statističkog programa SPSS for Windows verzija 10.0. Pri tome je korištena regresijska analiza, u svrhu ispitivanja doprinosa sociodemografskih karakteristika, funkcionalnog statusa i dužine institucionalnog boravka objašnjenju psihosocijalne prilagodbe.

Pored toga, prikazani su i podaci deskriptivne statistike koji se odnose na demografsku strukturu korisnika, funkcionalni status, te zdravstvene teškoće prikazane kao frekvencija zastupljenosti sistemskih bolesti (Tabela 1 i Tabela 2). Na osnovu deskriptivnih, sociodemografskih i pokazatelja funkcionalnog statusa, evidentno je da je u uzorku zastupljen veći broj ispitanika ženskog spola, mobilnih korisnika, sa srednjom stručnom spremom, udovaca/ica, te najveći broj djelimično ekonomski nezavisnih ispitanika, što na osnovu evidencije Gerontološkog centra, ukazuje na finansijsku zavisnost većine korisnika od drugih srodnika. Zastupljen je mnogo veći broj korisnika koji borave u instituciji duže od 6 mjeseci. Od sistemskih hroničnih dijagnoza najzastupljenije su: hipertenzija, bolesti srca i krvnih sudova, dijabetes i oboljenja koštano-mišićnog sistema. Na osnovu prikazanog, uočljivo je da su prevalentne hronične bolesti očekivane u trećoj životnoj dobi.

Da bi ispitili doprinos pojedinih sociodemografskih varijabli u objašnjenju simptoma na pojedinim psihopatološkim dimenzijama provedeno je nekoliko višestrukih linearnih regresijskih analiza. Distribucije varijabli se nisu pokazale normalnim, niti simetričnim, međutim autori su se odlučili za provođenje regresijske analize, uvažavajući robusnost analize i kada nisu zadovoljeni

svi uslovi za provođenje parametrijske statistike (Norman, 2010).

U regresijskim analizama su kao prediktori uvedene sociodemografske karakteristike, funkcionalni status, te dužina boravka u ustanovi, a kao kriteriji u odvojenim analizama 10 dimenzija simptoma SCL-90-R, kao i ukupni broj dijagnoza. Od svih testiranih modela, jedino su se značajnim pokazali regresijski modeli za sljedeće kriterije: anksioznost $F(7,116) = 2.190$, $R^2 = 11.7\%$, $p < 0.05$, fobičnost $F(7,116) = 2.286$, $R^2 = 12.1\%$, $p < 0.05$ i ukupni broj dijagnoza $F(7,116) = 4.945$, $R^2 = 23\%$, $p < 0.001$. Zanimljivo je da, iako dužina boravka u ustanovi ne doprinosi značajno nijednom simptomatskom kriteriju, pokazala se značajnim prediktorom za ukupni broj dijagnoza (Tabela 3), što upućuje na to da što je duži boravak u ustanovi, može se očekivati veći broj dijagnoza uopće kod korisnika. Ovaj rezultat će detaljnije biti objašnjen u Diskusiji. U Tabeli 3 dat je sumacioni prikaz regresijskih koeficijenata za svaki kriterij koji se u analizi pokazao značajnim. Nisu prikazivani statistici za prediktore koji se u zasebnim regresijama nisu pokazali značajnim.

Na osnovu rezultata, evidentno je da spol doprinosi anksioznosti na očekivani način, odnosno anksioznost je kao simptom više izražena kod korisnika ženskog spola, dok dob direktno proporcionalno doprinosi anksioznosti na način da, što su korisnici stariji, povećava se i anksioznost, čemu može doprinijeti više faktora, kako će biti objašnjeno dalje u Diskusiji. Fobičnost raste sa porastom zavisnosti i smanjenom mobilnošću korisnika, što je i očekivano, s obzirom da ograničenost kretanja može biti korelat osjećaja nesigurnosti zbog nemogućnosti kontrolisanja fizičke okoline. Pored toga, što su korisnici više finansijski nezavisni, kod njih su i manje zastupljeni ukupni simptomi. Zanimljivo je da se u ovoj analizi izdvojilo da, iako nema doprinosa dužine institucionalnog boravka nijednom specifičnom kriteriju SCL-90-R, doprinos je značajan u kriteriju ukupnih simptoma.

DISKUSIJA

U ovom radu glavni cilj istraživanja je bio ispitati doprinos sociodemografskih karakteristika, funkcionalnog statusa i dužine boravka psihosocijalnoj prilagodbi korisnika na život u instituciji operacionaliziranoj preko dimenzija psihopatoloških simptoma SCL-90-R. Analizama je dobiveno da su značajni regresijski modeli jedino za anksioznost, fobičnost i ukupne simptome. Dalje se pokazalo da u objašnjenju anksioznosti spol doprinosi u negativnom, a dob u pozitivnom smjeru, u objašnjenju fobičnosti mobilnost doprinosi u negativnom smjeru, dok socio-ekonomski status doprinosi negativno, a dužina boravka pozitivno objašnjenju ukupnih simptoma.

U ranijim istraživanjima dobiveni su podaci da žene pokazuju više simptoma psihološke patnje (somatizaciju, depresiju, anksioznost, fobičnost) nego muškarci (Gonzales de Rivera, de las Cuevas, Gracia-Marco, Henry-Benitez, Rodriguez-Pulido, L. Monterrey, 1991.), dok u istraživanju Despot-Lučanin (1997) žene su takođe imale više psihosomatskih tegoba, pokazale veću depresivnost, te manje zadovoljstvo životom. Razlozi za to mogu se pronaći u sklonosti žena internalizovanom obliku suočavanja (tuga, usamljenost, zabrinutost, neprihvatanje sebe, Leadbeater, Blatt i Quinlan 1995., prema Lacković-Grgin, 2000.). Pored toga, žene su više sklone samookrivljanju i traženju socijalne podrške (Whitbourne, 2007.).

Istraživanja su pokazala da postoje i dobne razlike u psihosocijalnoj prilagodbi. Starije osobe se rjeđe direktno i aktivno suočavaju sa problemima, sklonije su povlačenju i opraštanju, manje koriste neprijateljstvo (McCrae, 1989) bolje podnose frustracije i koriste manje nezrelih načina suočavanja od mlađih, kao što su agresija, bijeg, samooptuživanje i sl. (Irion i Blanchard-Field, 1987., McCrae, 1989., prema Despot-Lučanin, 2003.), te više pribjegavaju vjeri kao načinu suočavanja (McCrae, 1989). Porastom dobi dolazi i do promjene percepcije stresnih životnih događaja, te tako starije osobe izvještavaju o većem broju negativnih životnih događaja (Chiriboga i Cutler, 1983, prema Ivanov, 2006).

Kada je u pitanju funkcionalni status korisnika operacionaliziran kroz mobilnost, odnosno zavisnost od drugih lica, u ovom istraživanju se pokazalo da što su korisnici pokretljiviji, to imaju manje simptoma fobičnosti, što je i očekivano. Kod nepokretnih osoba nije neuobičajena pojava strahova vezanih za oporavak i vraćanje funkcionalnih sposobnosti (Despot-

-Lučanin, 2003). Crimmins i Saito (1993) su utvrdili da je starija dob konzistentan prediktor opadanja funkcionalne sposobnosti (prema Despot-Lučanin, 2003.), jer sa porastom dobi funkcionalna sposobnost opada. Pojavu simptoma fobičnosti možemo objasniti strahom zbog gubitka kontrole nad vlastitim tijelom i teškoćom prilikom prilagođavanja na novonastalu situaciju.

U istraživanjima u kojima je pronađeno manje neprilagođenih ponašanja starijih osoba i efikasnije suočavanje sa zdravstvenim problemima, ispitivano je suočavanje sa finansijskim teškoćama i interpersonalnim konfliktima (Despot-Lučanin, 2003.). Socio-ekonomski status je važna varijabla, pored percepcije socijalne podrške, u savladavanju svakodnevnih životnih teškoća starijih osoba, jer ima funkciju instrumentalne podrške i iako možda nema direktan uticaj na zadovoljstvo životom i percepciju stresa, indirektno može doprinijeti poboljšanju kvaliteta života starije osobe.

Magni i sar. (1985., 1988.) su SCL-90-R skalom posmatrali razlike u psihičkom stanju institucionalizovanih i neinstitucionalizovanih starih ljudi i pokazali da institucionalizovane stare osobe imaju značajno više simptoma od neinstitucionalizovanih. Kod starijih osoba depresivnost se povećavala s dobi i trajanjem institucionalizacije (Magni i sar., 1985., 1988., prema Štambuk, 2001.). U našem istraživanju dobijeni rezultati ukazuju na to da korisnici koji su duže institucionalizovani ne pokazuju više pojedinačnih simptoma. Pretpostavljamo da je ovaj rezultat produkt intenzivnog i stručnog rada osoblja koje konstantno radi na ublažavanju simptoma kako kod korisnika koji tek dolaze u instituciju, tako i kod onih koji su institucionalizovani duži vremenski period. Međutim, dužina boravka se jeste pokazala značajnim prediktorom ukupnih simptoma korisnika. Razlog za to vjerovatno se može pronaći u moderatorskoj funkciji koju ima dob korisnika, s obzirom da što je korisnik duže institucionalizovan, time se povećava i njegova hronološka dob, a kako je poznato, sa porastom dobi, nepobitno se povećava i rizik od smrtnosti (Havelka, 1998). U nekim navodima se čak i pretpostavlja da, kada bi svi ljudi doživjeli duboku starost, sa porastom hronološke dobi neizbježno bi oboljeli od hronične, najčešće i terminalne, bolesti (Havelka, 1998). Prema tome, na osnovu dobivenih rezultata, ne može se izvoditi zaključak da institucionalizacija dovodi do povećanja broja simptoma. Takođe je bitno istaknuti da u ovom istraživanju postoji velika diskrepanca u veličini uzorka korisnika koji su institucionalizovani kraće i duže od 6 mjeseci, što je bio kriterij dihotomozacije dužine boravka na kraći i duži. S obzirom na ovo ograničenje, razlike između ove dvije grupe nisu ni ispitivane.

Istraživanja jesu pokazala da postoji razlika između institucionalizovanih i neinstitucionalizovanih starijih osoba u smislu da je veća promjena psihičkog stanja prisutna prilikom institucionalizacije, kao i veći broj simptoma anksioznosti, depresije i gubitka interesa (Bosse i sar., 1987., Magni i sar., 1985., 1988., Merkel i sar., 1993., Newmann i sar., 1991., prema Štambuk, 2001.), što je i očekivano, uzimajući u obzir da institucionalizacija predstavlja veliku promjenu u odnosu na standardni ekološki okvir stare osobe i zahtijeva proces psihosocijalne prilagodbe. Međutim, u ovom istraživanju nije postojala kontrolna grupa neinstitucionalizovanih starih osoba, te se ne može izvesti zaključak o uticaju institucionalizacije kao takve na psihosocijalno stanje korisnika. Jednako bi u daljim istraživanjima bilo potrebno izvršiti longitudinalno praćenje psihosocijalnog stanja korisnika u više vremenskih tačaka, posebno pri samoj institucionalizaciji, a zatim i nakon dužeg boravka u ustanovi. U ovom istraživanju, upitnik SCL-90-R je primijenjen samo jednokratno, s obzirom na trenutne mogućnosti provođenja ispitivanja, te nedostaje podatak o jasnom psihosocijalnom stanju prilikom institucionalizacije. Ovi podaci postoje u arhivskoj građi GC-a, te bi se mogli koristiti u budućim sličnim istraživanjima.

Pored navedenih, dalja metodološka ograničenja odnose se na uzorak ispitanika koji je obuhvatio samo trećinu dostupnih korisnika GC-a, jer je veći broj izostavljen iz uzorka zbog dementnosti, delirantnosti, mentalnog deficita, oštećenja sluha i teškoća u razumijevanju skale.

U nekim istraživanjima je uočena povezanost između osobina ličnosti i simptoma, te bi bilo zanimljivo ispitati korelaciju između osobina ličnosti i psihopatoloških simptoma. Costa i McCrae (1993) ističu da je u proučavanju suočavanja sa starenjem potrebno poznavati osobine ličnosti, zbog utvrđene povezanosti između ličnosti i načina suočavanja (prema Despot-Lučanin, 2003.).

Istraživanje nam je pokazalo koje su rizične kategorije najpodložnije simptomima u GC-u te kako unaprijediti rad sa starijim osobama koje borave u instituciji. Sa ciljem prevencije simptoma trebalo bi se više fokusirati na rad sa starijim korisnicima, ženama, korisnicima slabije pokretljivosti, te nižeg socio-ekonomskog statusa.

ZAKLJUČAK

U istraživanju se pokazalo da sociodemografske karakteristike, funkcionalni status, te dužina boravka u ustanovi značajno doprinose simptomima anksioznosti, fobičnosti i ukupnom broju simptoma na sljedeći način: žene pokazuju veću anksioznost, kao i stariji korisnici, slabije pokretljive osobe imaju veće simptome fobičnosti, dok osobe nižeg socio-ekonomskog statusa i duže institucionalizovane pokazuju veći broj ukupnih simptoma, s tim da se ne može zaključiti da institucionalizacija dovodi do ovih simptoma, te bi generalno prednosti i nedostatke institucionalnog oblika života kod starijih ljudi trebalo ispitivati u daljim istraživanjima.

LITERATURA

de Rivera, G. J.L., de las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Henry-Benítez, M., Rodríguez-Pulido, F., L. Monterrey, A.L., (1991). Age, Sex, and Marital Status Differences in Minor Psychiatric Morbidity, *European Journal of Psychiatry*, 5(3), 166-176.

Derogatis, L.R., Culpepper, W.J. (2004). Screening for psychiatric disorders, In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment (3rd ed., Vol. 1, pp. 65–110.)*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Derogatis, L.R., Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (3rd ed.): Volume 3. Instruments for adults (pp. 1-41.)*, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Derogatis, L.R., (2004). SCL-90-R, In W.E. Craighead & C.B. Nemeroff (Ed.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science (3rd ed., pp. 855-856.)*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

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

Groth – Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (5th edition, pp. 581-587.), Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.

Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ivanov, L. (2006). Procesi prilagodbe u odrasloj dobi, U: K. Lacković-Grgin, Čubela Adorić, V. (Ur.), *Odabrane teme iz psihologije odraslih*, Jastrebarsko, Naklada Slap, 99-122.

McCrae, R., (1989). Age Differences and Changes in the Use of Coping Mechanisms, *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 44(6),161-169.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15:625-632.

Steinbach, U., (1992). Social Network, Institutionalization, and Mortality Among Elderly People in the United States, *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 47(4), 183-190.

Štambuk, A., (2001). Procjena psihičkog stanja starijih osoba u domu umirovljenika skalom SCL-90-R. *Društvena istraživanja*, 10, 503-526.

http://www.slobodnaevropa.org/content/medjunarodni_dan_starijih_osoba_bih/2174095.html

Whitbourne, S.K. (2007). Adaptation. In J.E. Birren, *Encyclopedia of Gerontology* (2nd ed., pp.29-36.), San Diego, University of California, Elsevier Inc.

PRILOG

Tabela 1 Sociodemografske karakteristike korisnika GC-a

Sociodemografske varijable	Kategorije	Procenti	Ukupno
spol	ženski = 70	(52,24%)	134
	muški = 64	(47,76%)	
dob	min. = 59	M = 78,85	134
	max. = 76	SD = 7,11	
mobilnost	pokretan (nezavisan) = 80	(59,70%)	134
	nepokretan (zavisan) = 54	(40,30%)	
stručna sprema	bez osnovne škole = 22	(16,41%)	134
	osnovna škola = 25	(18,66%)	
	srednja škola = 66	(49,25%)	
	VŠS i VSS = 21	(15,67%)	
dužina boravka	kraće od 6 mjeseci = 27	(20,15%)	134
	duže od 6 mjeseci = 107	(79,85%)	
bračni status	neudata/neoženjen = 14	(10,45%)	134
	udata/oženjen = 13	(9,70%)	
	udovica/udovac = 80	(59,70%)	
	razvedena/razveden = 27	(20,15%)	
ekonomski status	plaća sam u potpunosti = 14	(10,45%)	134
	plaća djelimično = 114	(85,08%)	
	Centar za soc. rad plaća u potpunosti = 6	(4,48%)	

Tabela 2 Pregled dijagnoza hroničnih bolesti korisnika GC-a

Bolesti	Sa dijagnozom	Bez dijagnoze	Ukupno
srca, krvnih sudova, krvi i cirkulacije	79	55	134
visok krvni pritisak	110	24	134
disajnog sistema	32	102	134
endokrinog sistema	52	82	134
očne bolesti	36	98	134
probavnog sistema	24	110	134
koštano-mišićnog sistema	51	83	134
urinarnog trakta	29	105	134
karcinomi	9	125	134
ostale bolesti	67	67	134

Tabela 3 Sumacioni rezultati regresijske analize za psihosocijalnu prilagodbu

K	p	β	t	p
anksioznost	spol	-.242	-2.555	0.012
	dob	.210	2.259	0.026
fobičnost	mobilnost	-.194	-2.065	0.014
ukupni simptomi	SES	-.292	-3.378	0.001
	dužina boravka	.215	2.518	0.013