

Usamljenost i preferirana samoća kao prediktori samoprocjene zdravlja odraslih

Loneliness and preferred solitude as predictors of self-rated health of adults

Ivana Tucak Junaković, Marina Nekić, Irena Burić*

Sažetak

Mnoga istraživanja pokazuju da je samoprocjena zdravlja dobar pokazatelj objektivnog zdravstvenog stanja odraslih osoba. Na nju mogu utjecati brojni čimbenici, kao što su sociodemografska obilježja, prisutnost kroničnih bolesti, zdravstveno ponašanje, osobnost osobe, socijalna podrška, usamljenost, samoća i drugi.

Glavni je cilj ovoga istraživanja bio ispitati spolne i dobne razlike u samoprocjeni zdravlja, te doprinos usamljenosti i preferirane samoće nakon kontrole utjecaja nekih sociodemografskih varijabli, objašnjenju individualnih razlika u samoprocjeni zdravlja u prigodnom nekliničkom uzorku odraslih.

U istraživanju je sudjelovalo 300 osoba u dobi od 25 do 75 godina iz različitih dijelova Hrvatske. Od instrumenata su korištene kratka verzija UCLA skale usamljenosti i Adaptirana skala preferirane samoće, dok je samoprocjena zdravlja ispitana jednim pitanjem („Kako biste ocijenili svoje sadašnje zdravlje?“).

Suprotno nekim ranijim nalazima, rezultati našeg istraživanja pokazali su da se muškarci i žene značajno ne razlikuju u samoprocjeni zdravlja. Starije osobe su svoje zdravlje procjenjivale značajno gorim u odnosu na mlađe i sredovječne odrasle. Usamljenost je značajno negativno, iako relativno nisko, korelirala sa samoprocjenom zdravlja. Nakon kontrole doprinosa nekih sociodemografskih varijabli, usamljenost je vrlo skromno, iako značajno, pridonijela objašnjenju varijance samoprocjene zdravlja. Samoća nije značajno korelirala sa samoprocjenom zdravlja, te ni njezin doprinos objašnjenju ove kriterijske varijable nije bio značajan. Zaključile smo da usamljenost i, još više, samoća, nemaju veću ulogu u objašnjenju samoprocjene zdravlja sudionika ovoga istraživanja.

Ključne riječi: usamljenost, samoća, samoprocjena zdravlja

Summary

Numerous studies have found self-rated health to be a valid indicator of objective health status of adults. The self-rated health can be affected by many factors, such as sociodemographic characteristics, presence of a chronic condition, health behaviors, personality, social support, loneliness, solitude, etc.

The main aim of this study was to test sex and age differences in self-rated health, and to determine the contribution of loneliness and preferred solitude to the explanation of individual differences in self-rated health, after controlling the influence of some sociodemographic variables, in appropriate, non-clinical sample of adults.

Three hundred adults, 25 to 75 years of age, from different regions of Croatia participated in the research. The short version of UCLA Loneliness Scale and Adapted Scale of Preferred Solitude were administered, while the self-rated health was assessed by a single question ("How would you rate your current health?").

Contrary to some previous findings, the results of our research demonstrated that men and women do not differ significantly regarding their self-rated health. The older adults rated their health as a significantly worse than younger and middle-aged adults. Loneliness correlated significantly and negatively, although relatively low, with self-rated health. After controlling the contribution of some sociodemographic variables, loneliness contributed very modestly, although significantly, to the explanation of self-rated health variance. Solitude did not correlate significantly with self-rated health, so the contribution of solitude to the explanation of this criterion variable was not significant. We concluded that loneliness, and particularly solitude, do not have a greater role in the explanation of self-rated health of the participants in this study.

Key words: loneliness, solitude, self-rated health

Med Jad 2013;43(1-2):11-21

* Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju (doc. dr. sc. Ivana Tucak Junaković; doc. dr. sc. Marina Nekić; dr. sc. Irena Burić)

Adresa za dopisivanje / Correspondence address: Doc. dr. sc. Ivana Tucak Junaković, Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, Krešimirova obala 2, 23000 Zadar; e-mail: itucak@unizd.hr

Primljeno / Received 2012-03-01 ; Ispravljeno/ Revised 2012-10-03; Prihvaćeno / Accepted 2012-11-30

Uvod

Mnoge studije pokazale su da je subjektivna procjena ili samoprocjena zdravlja (engl. self-rated health, SRH) dobar pokazatelj objektivnog zdravstvenog stanja pojedinca.¹⁻⁵ U istraživanjima se u svrhu samoprocjene zdravlja često koristi jednostavno pitanje: „Kako biste ocijenili svoje sadašnje zdravlje?“. Pri tome sudionici ovih istraživanja procjenjuju svoje trenutno zdravlje u kvalitativnim terminima na skali od tri ili više stupnjeva, primjerice, kao izvrsno, dobro ili loše. Uz to što je riječ o vrlo jednostavnom načinu ispitivanja zdravstvenoga stanja, istraživanja konzistentno pokazuju da je samoprocjena ili subjektivna procjena zdravlja pomoću jednog pitanja valjana mjera objektivnog zdravstvenog stanja adolescenata i odraslih.¹⁻³ U prilog tome govore i studije koje su utvrdile povećanu stopu mortaliteta, te veću zastupljenost rizičnih ponašanja, kao što su pušenje, nedostatak tjelesne aktivnosti, nedostatak sna, prejedanje i konzumacija alkohola, u odraslih koji svoje zdravlje ocjenjuju lošim.^{1,4,5}

Mnogi čimbenici objašnjavaju individualne i međukulturalne razlike u samoprocjeni zdravlja: spol, dob, socioekonomski status, bračni status, prisutnost kroničnih bolesti ili tjelesnih tegoba, zdravstveno ponašanje, socijalni odnosi, psihička dobrobit (npr. samopoštovanje, stres, depresija)^{3,6} i dr. Primjerice, poznato je da socioekonomski status (SES) utječe na zdravlje. Kraća očekivana duljina života i niža kvaliteta života koja se odnosi na lošije zdravlje povezane su s nižim SES-om.⁷⁻⁹ U pogledu dobi, sukladno očekivanjima, pokazuje se da starije osobe u odnosu na mlađe, imaju više zdravstvenih problema, pa i svoje zdravlje ocjenjuju lošijim.¹⁰ Što se tiče spolnih razlika u samoprocjeni zdravlja, obično se nalazi da žene, posebno one starije dobi, izvješćuju o nižoj kvaliteti života i lošijem zdravlju nego muškarci.^{6,10-12} Iako u prosjeku žive dulje i više brinu o svom zdravlju, podaci pokazuju da žene imaju veću stopu morbiditeta, više pritužbi na tjelesne tegobe te veću stopu anksioznosti i depresivnosti.^{10,13} Žene u usporedbi s muškarcima češće pate od kroničnih bolesti koje nisu smrtonosne, ali otežavaju svakodnevno funkcioniranje.^{11,14} S druge pak strane, u muškaraca su zastupljenije opasne, životno ugrožavajuće kronične bolesti, kao što su srčane bolesti, karcinom, cerebrovaskularne bolesti, ciroza jetre, bolesti bubrega itd.⁶

Utvrđene spolne razlike u stopi morbiditeta i samoprocjeni zdravlja, te paradoks da su žene bolesnije, ali muškarci umiru ranije, izvor su kontroverzi i obično se objašnjavaju utjecajem većeg broja čimbenika. Tako neki veću prevalenciju bolesti u žena objašnjavaju većim brojem negativnih životnih

dogadaja i različitih rizičnih čimbenika povezanih s većom očekivanom duljinom života u žena.¹³ Sljedeće je objašnjenje da žene otvorenije govore o svojim zdravstvenim problemima, dok su muškarci skloniji njihovom poricanju i umanjivanju¹⁵, što je odraz razlika u tradicionalnim rodnim ulogama.¹³ Ove pristranosti pri samoprocjeni zdravlja mogu rezultirati utvrđenim spolnim razlikama u stopi morbiditeta koje ne moraju odražavati stvarne razlike između muškaraca i žene u njihovom objektivnom zdravstvenom stanju. Nadalje, danas se veća stopa morbiditeta i negativnija samoprocjena zdravlja u žena, posebno onih starije dobi, najčešće objašnjavaju razlikama u sociodemografskim i socioekonomskim obilježjima između muškaraca i žena.^{6,10} Primjerice, žene obično imaju niža primanja nego muškarci, a istraživanja dosljedno potvrđuju povezanost nižeg SES-a i lošijega zdravlja.^{7,9} Također, s dobi brže raste postotak udovica nego li postotak udovaca, a poznato je da su samoprocjene zdravlja osoba koje su u braku, posebno žena, pozitivnije u odnosu na samoprocjene zdravlja udovaca i razvedenih osoba.¹⁶ Primjerice, Cherepanov i sur. (2010.)⁶ su na nacionalno reprezentativnim uzorcima odraslih stanovnika SAD-a utvrdili da primanja i bračni status najbolje objašnjavaju utvrđene spolne razlike na različitim mjerama kvalitete života povezane sa zdravljem (engl. health-related quality-of-life).

Važnu skupinu čimbenika koji mogu utjecati na zdravlje čine oni koji se odnose na domenu socijalnog funkcioniranja, kao što su veličina socijalne mreže, učestalost socijalnih kontakata, socijalna podrška, socijalna izolacija, usamljenost i samoća. Psihosocijalno funkcioniranje može biti važan čimbenik u oblikovanju procjene vlastitoga zdravstvenog stanja.³ Primjerice, rezultati jednog longitudinalnog istraživanja na početnom uzorku od 2815 starijih Finaca pokazali su da je usamljenost dobar prediktor samoprocjene zdravlja. Osobe koje su izvjestile da se rijetko ili nikada ne osjećaju usamljenima procijenile su svoje zdravlje dobrim.¹⁷

Među varijablama koje se odnose na socijalno funkcioniranje, usamljenost predstavlja posebno važan rizični čimbenik za zdravlje. Neke longitudinalne studije na reprezentativnim uzorcima starijih osoba čak pokazuju da je usamljenost povezana s povećanom stopom mortaliteta.^{18,19} Usamljenost se obično definira kao neugodno i emocionalno uznemirujuće subjektivno iskustvo koje se javlja kao odgovor na raskorak između željene i ostvarene razine socijalnog kontakta.²⁰

U istraživanjima utjecaja na zdravlje važno je usamljenost razlikovati od sličnih konstrukata, kao što su socijalna izolacija i samoća, jer oni ne moraju

imati iste posljedice po zdravlje. Usamljenost je subjektivno iskustvo, dok je socijalna izolacija objektivna mjera loše socijalne integracije pojedinca koja ne uključuje subjektivnu procjenu. S druge strane samoću (biti fizički sam) ljudi ne doživljavaju nužno negativnom. Ona obično predstavlja dobrovoljno socijalno izoliranje. Osoba može biti sama a da se pri tome ne osjeća usamljenom, kao što se može osjećati usamljenom i u društvu drugih ljudi.

Rastući je broj istraživanja koja usamljenost dovode u vezu s brojnim tjelesnim tegobama i problemima mentalnoga zdravlja. Tako niz transverzalnih i longitudinalnih studija potvrđuje snažnu povezanost depresije i usamljenosti u starijih osoba.²¹⁻²⁴ Osim jasne povezanosti s problemima mentalnoga zdravlja, izgleda da usamljenost ima značajan negativan utjecaj i na tjelesno zdravlje. Tako je utvrđeno da je usamljenost povezana s hipertenzijom,²⁵ smetnjama spavanja,²⁶ te s pojačanim reakcijama neuroendokrinog i imunološkog sustava na stres, tj. s pojačanim fibrinogenim odgovorom, te odgovorom tzv. stanica prirodnih ubojica na stres.²⁷ Nadalje, pokazalo se da je usamljenost, ne samo kao relativno trajna crta, povezana s dnevnim varijacijama u razini kortizola, već i da doživljaj usamljenosti iz prethodnoga dana može biti povezan s povećanom razinom kortizola sljedećega jutra, kao i da je trenutni doživljaj usamljenosti povezan s naglim povećanjem razine kortizola kod odraslih koji doživljavaju jak kronični stres izazvan socijalnim odnosima.²⁸ Usamljenost, nadalje, prema nalazima nekih studija, trostruko povećava vjerojatnost pojave kardiovaskularnih bolesti.²⁹ Važno je spomenuti da je u svim gore navedenim istraživanjima povezanost usamljenosti i različitih fizioloških promjena i bolesti potvrđena i uz kontrolu utjecaja depresije i štetnih životnih navika.

Međutim, treba naglasiti da u odnosu usamljenosti i zdravlja usamljenost može biti, ne samo uzrok zdravstvenih problema, nego i njihova posljedica. Ovo drugo je uvjetovano time što oboljele osobe mogu percipirati nedovoljnu podršku, brigu i intimnost, što povećava njihov osjećaj usamljenosti.³⁰ Također, mnogi, nastojeći izbjeći neugodne osjećaje pri susretu s bolesnikom, izbjegavaju druženje s bolesnim osobama, što za posljedicu ima njihovu socijalnu izolaciju i osjećaj usamljenosti. Neka istraživanja pokazala su da usamljenost može biti medijator u odnosu socijalne podrške i zdravlja, pri čemu je veća socijalna podrška posredno povezana s boljim zdravstvenim ishodima preko svog utjecaja na smanjenje doživljaja usamljenosti.^{31,32}

Dok je povezanost usamljenosti (ispitivane izravno ili neizravno – putem procjene veličine socijalne

mreže, učestalosti socijalnih kontakata, socijalne podrške i sl.) s brojnim zdravstvenim problemima dosta ispitivana i kroz brojne studije potvrđena, odnos samoće i zdravlja nije bio predmet većeg istraživačkog zanimanja. Kao što je već ranije istaknuto, za razliku od usamljenosti koja je neugodno i emocionalno uznemirujuće iskustvo, samoća nema nužno negativno značenje. Ona se odnosi na dobrovoljno povlačenje od drugih, pri čemu osoba ne doživljava neugodne emocije. Prema Lacković-Grgin (2008.),³⁰ samoća se odnosi na stanje u kojem živimo i djelujemo sami bez osjećaja izolacije ili usamljenosti. U skladu s ovim, mnogi autori opisuju samoću kao željeno stanje u kojem se pojedinac svojevolumno povlači od drugih radi odmora, relaksacije, kontemplacije, samorefleksije, umjetničkih i kreativnih pobuda, učenja, psihičkog oporavka nakon stresnih događaja ili iz drugih razloga.³³⁻³⁶ Kako bi se ipak izbjegla negativna konotacija pojma „samoća“, u literaturi se ponekad umjesto ovoga pojma koriste prošireni termini, kao što su „preferirana samoća“ ili „preferencija samoće“. S obzirom na ovaj opis samoće i njezine poželjne funkcije, ona, za razliku od usamljenosti, ne bi trebala biti povezana s negativnim zdravstvenim ishodima.

Odnosi usamljenosti i samoće mogu biti različiti. Oni su opisani u brojnim radovima.^{20,30,34,35,37} Primjerice, usamljenost može poticati na traženje socijalnih kontakata, ali i na povlačenje od drugih i pribjegavanje samoći. Moguć je i obrnuti slijed utjecaja, kod kojega samoća vodi doživljaju usamljenosti, posebno ako je, uz njezine očekivane pozitivne posljedice, preferencija samoće povezana i sa smanjenjem željene razine i/ili kvalitete socijalnih kontakata.³⁸

Cilj je ovoga istraživanja bio ispitati odnos nekih sociodemografskih varijabli sa samoprocjenom zdravlja, te prediktivni doprinos usamljenosti i samoće samoprocjeni zdravlja u nekliničkom uzorku odraslih osoba šireg dobnog raspona.

Prvi problem bio je ispitati postoje li spolne i dobne razlike u samoprocjeni zdravlja u ispitanom uzorku odraslih osoba. Nadalje se pokušalo provjeriti i odnos stupnja obrazovanja, kao jednoga od indikatora SES-a, sa samoprocjenom zdravlja.

Sukladno rezultatima ranijih istraživanja, pretpostavljeno je da će žene svoje zdravlje procjenjivati lošijim nego muškarci, te da će mlađe osobe i osobe višeg stupnja obrazovanja svoje zdravlje procjenjivati boljim u odnosu na starije i manje obrazovane osobe.

Drugi problem bio je ispitati zasebne prediktivne doprinose usamljenosti i samoće, nakon kontrole doprinosa nekih sociodemografskih varijabli, samoprocjeni zdravlja odraslih, kao jednom od približnih indikatora objektivnog zdravstvenoga stanja.

Pretpostavljeno je da će usamljenost značajno negativno pridonijeti samoprocjeni zdravlja, dok se za samoću očekivalo da neće imati značajan doprinos.

Kako je većina istraživanja odnosa usamljenosti i povezanih konstrukata s različitim aspektima zdravlja provedena na starijim osobama ili kliničkim uzorcima,^{12,17,19,21,24,29} kao onima najugroženijega zdravlja, u ovom se istraživanju pokušalo odnos usamljenosti i samoće sa subjektivnom procjenom zdravlja provjeriti na nekliničkom uzorku odraslih osoba šireg dobnog raspona. Dakle, nastojalo se provjeriti da li će pretpostavljeni odnosi među ispitanim varijablama (npr. povezanost usamljenosti i zdravlja) biti potvrđeni i u drugim dobnim skupinama i nekliničkom uzorku, a ne samo u uzorcima starijih osoba ili kliničkim uzorcima koji su najčešće ispitivani u kontekstu ove istraživačke teme.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 300 odraslih osoba ($M = 50,45$ godina, raspon dobi: 25 – 75, $SD = 14,58$), od kojih 150 muškarca i 150 žena. Radi se o prigodnom uzorku osoba različitih sociodemografskih karakteristika iz različitih dijelova Hrvatske (Dalmacije, Slavonije, sjeverne Hrvatske, Zagreba s okolicom, Istre, Primorja i Gorskoga Kotara). Različite dobne podskupine uzorka (npr. od 25 do 35, od 35 do 45 godina, itd.) bile su otprilike podjednako zastupljene i uključivale su sudionike različitih sociodemografskih značajki. Većina sudionika imala je srednju stručnu spremu, a broj završenih godina školovanja iznosio je između 8 i 23 ($M = 12,55$, $SD = 2,80$). Većina sudionika bila je oženjena/udana (77%) i imala je djecu (83%). 10% sudionika bili su samci, 6% udovci, 4% ih je živjelo u nevjenčanoj zajednici, a 3% uzorka činile su razvedene osobe. Oko 55% sudionika bilo je zaposleno u vrijeme prikupljanja podataka, 16% bilo je nezaposlenih, a 29% umirovljenih.

S obzirom da je jedan od problema ovoga istraživanja bio ispitati spolne razlike u samoprocjeni zdravlja, provjereno je razlikuju li se muškarci i žene ovoga uzorka po nekim drugim sociodemografskim značajkama, tj. dobi i godinama školovanja, koje bi mogle utjecati na samoprocjenu zdravlja. Pokazalo se da se muškarci i žene ovoga uzorka ne razlikuju značajno ni po dobi ($t = 0,14$, $df = 298$ $p > ,05$), ni po godinama školovanja ($t = 0,51$, $df = 298$, $p > ,05$).

Instrumenti

Primijenjen je upitnik koji je, uz uvodna pitanja o sociodemografskim značajkama, uključivao veći broj skala. Za potrebe ovoga rada analizirati će se rezultati dobiveni na sljedećim skalama.

Kratka verzija UCLA skale usamljenosti^{39,40} sastoji se od sedam čestica (npr. „Nedostaje mi društvo“). Ispituje globalnu usamljenost definiranu kao neugodno emocionalno i motivacijsko stanje uzrokovano nemogućnošću zadovoljenja potreba za intimnošću, ljubavi i pripadanjem. Ispitanici na čestice odgovaraju na pet-dijelnoj Likertovoj skali. Ukupan rezultat se formira kao prosječna vrijednost zbroja procjena na pojedinim česticama, pa se teoretski raspon rezultata kreće između 1 i 5. Istraživanja na stranim uzorcima ispitanika različitih sociodemografskih značajki pokazuju da je skala jednodimenzionalna. I na uzorcima hrvatskih ispitanika potvrđena je njezina jednofaktorska struktura i prilično visoka pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach α koeficijenti od ,83 do ,85).⁴⁰

U ovom istraživanju također se pokazalo da je skala jednofaktorska i da ima visoku pouzdanost (Cronbach $\alpha = ,85$).

Adaptirana skala preferirane samoće⁴¹ uključuje 7 čestica (npr. „Volim društvo samoga sebe“), na koje se odgovara pomoću pet-stupanjnske Likertove skale. Skala ispituje samoću opisanu kao želju osobe da bude sama, pri čemu ne doživljava neugodne, nego ugodne emocije. Ukupan rezultat na skali formira se kao prosjek procjena na pojedinim česticama, pa je mogući raspon rezultata između 1 i 5. U ranijim primjenama ove adaptirane skale na našim uzorcima adolescenata i odraslih utvrđena je njezina jednofaktorska struktura i zadovoljavajuća pouzdanost (Cronbach alfa od ,74 do ,79).⁴¹

U ovom je istraživanju eksploratornom analizom na zajedničke faktore utvrđena dvofaktorska struktura skale, pri čemu je jednim faktorom bilo zasićeno pet pozitivno, a drugim faktorom samo dvije negativno formulirane čestice. Zbog razdvajanja faktora isključivo na temelju smjera čestica koje su njima zasićene, odlučeno je skalu tretirati kao jednodimenzionalnu. Koeficijent Cronbach alpha cjelovite skale iznosio je ,75.

Subjektivna procjena ili samoprocjena zdravlja ispitana je pomoću jednoga pitanja: „Kako biste ocijenili svoje sadašnje zdravlje?“. Ispitanici su na to pitanje odgovarali pomoću skale Likertova tipa od pet stupnjeva, na kojoj 1 znači vrlo loše, 2 loše, 3 dobro, 4 vrlo dobro, a 5 izvrsno.

Postupak

Istraživanje je provedeno u različitim dijelovima Hrvatske. Uvježbani ispitivači, studenti viših godina studija psihologije Sveučilišta u Zadru, obilazili su domove ili radna mjesta potencijalnih sudionika, kojima bi uručivali upitnik, uz objašnjenje svrhe i načina ispitivanja. Inicijalni uzorak širio se metodom snježne grude. Kako se nastojalo da pojedine dobne podskupine muškaraca i žena u uzorku budu ravnomjerno zastupljene, svaki je ispitivač imao zadatak da regrutira određeni broj sudionika muškog, odnosno ženskog spola u pojedinim dobnim podskupinama, vodeći računa i o tome da svaka od tih podskupina bude heterogena i s obzirom na druga sociodemografska obilježja (stupanj obrazovanja, radni, bračni i roditeljski status). Sudionici istraživanja upitnik su popunjavali u svoje slobodno vrijeme u roku od tjedan dana od njegova primitka, nakon čega bi ispitivači pokupili popunjene upitnike u zatvorenim omotnicama.

Rezultati

Osnovni deskriptivni podaci ispitanih varijabli

U prvom dijelu obrade rezultata provjereni su osnovni deskriptivni podaci ispitanih varijabli (Tablica 1).

Na osnovi vrijednosti aritmetičke sredine samoprocjene zdravlja može se zaključiti da su ispitanici svoje zdravlje procjenjivali u prosjeku između dobrog i vrlo dobrog. Distribucija rezultata odstupa

od normalne, te je pomaknuta prema višim vrijednostima. Najveći postotak ispitanika je svoje zdravlje procijenio vrlo dobrim (52,33%) ili dobrim (25,66%). Samo 1,33% ispitanika je zdravlje procijenilo vrlo lošim, a 10,66% lošim. S druge strane, relativno je mali i postotak ispitanika koji je svoje zdravlje procijenio izvrsnim (10%).

Iz Tablice 1 vidi se da su ispitanici ovoga uzorka pokazali ispodprosječne rezultate na skraćenoj UCLA skali usamljenosti na kojoj je teoretski raspon rezultata od 1 do 5. Ispitanici su također izvijestili i o blago ispodprosječnoj preferenciji samoće, tj. aritmetička sredina rezultata na primijenjenoj skali preferirane samoće iznosila je 2,56, dok je mogući raspon rezultata na njoj također od 1 do 5. Distribucije rezultata na obje skale, posebno na skali koja ispituje usamljenost, odstupaju od normalne, te su pomaknute prema nižim vrijednostima. O rezultatima ispitivanja usamljenosti i preferirane samoće, te njihove povezanosti na istom uzorku ispitanika, ali u kontekstu drugih varijabli i drugih istraživačkih problema, već smo izvijestili u jednom ranijem radu,³⁸ pa se time ovdje nećemo detaljnije baviti.

Spolne i dobne razlike u samoprocjeni zdravlja

Kako bi se odgovorilo na prvi problem istraživanja, tj. ispitalo spolne i dobne razlike u samoprocjeni zdravlja, u nastavku obrade rezultata izračunata je dvosmjerna analiza varijance sa spolom (muškarci – žene) i dobi (mlađi – sredovječni – stariji odrasli) kao nezavisnim varijablama i samoprocjenom zdravlja kao zavisnom varijablom (Tablica 2).

Tablica 1 Osnovni deskriptivni podaci ispitanih varijabli u uzorku odraslih (N=300)

Table 1 Basic descriptive data of examined variables in adult sample (N=300)

Varijabla <i>Variable</i>	Aritmetička sredina <i>Arithmetic average</i>	Najmanji rezultat <i>Lowest result</i>	Najveći rezultat <i>Highest result</i>	Standardna devijacija <i>Standard deviation</i>	Shapiro-Wilks test normalnosti distribucije <i>Normal distribution test</i>
Samoprocjena zdravlja <i>Health self-rate</i>	3,59	1,00	5,00	0,85	W = ,85 p < ,01
Usamljenost <i>Loneliness</i>	2,06	1,00	4,85	0,82	W = ,93 p < ,01
Preferirana samoća <i>Preferred solitude</i>	2,56	1,00	4,86	0,76	W = ,98 p < ,01

Tablica 2. Rezultati dvosmjerne analize varijance rezultata samoprocjene zdravlja s obzirom na spol i dob sudionika

Table 2 Results of the two-way ANOVA of the results on self-rated health regarding the sex and age of the participants

Zavisna varijabla / <i>Dependence variable</i>	Efekt / <i>Effect</i>	F	df	p (F)
Samoprocjena zdravlja <i>Health self-rate</i>	Spol / <i>Gender</i>	2,370	1/294	,124
	Dob / <i>Age</i>	21,307	2/294	,000
	Spol × Dob / <i>Gender x Age</i>	0,457	2/294	,633

Ova analiza omogućila je i provjeru potencijalnog interakcijskog efekta spola i dobi na samoprocjenu zdravlja jer neka ranija istraživanja sugeriraju da bi spolne razlike mogle postojati primarno u skupini starijih osoba,¹² u kojoj bi žene svoje zdravlje mogle procijeniti lošijim u odnosu na muškarce. Za potrebe ove analize uzorak smo podijelili u tri dobne podskupine: podskupinu mlađih odraslih (N = 90, raspon dobi: 25 – 40 godina, M = 32,61, SD = 4,62), skupinu osoba srednje odrasle dobi (N = 120, raspon dobi: 41 – 60 godina, M = 50,70, SD = 5,58) i skupinu starijih odraslih (N = 90, raspon dobi: 61 – 75 godina, M = 67,95, SD = 4,43). Nije utvrđen značajan glavni efekt spola, kao niti značajan interakcijski efekt spola i dobi na samoprocjenu zdravlja. Utvrđen je samo značajan glavni efekt dobi. Dodatne analize pomoću Scheffé testa pokazale su značajne razlike ($p < ,001$) između mlađih (M = 3,92 SD = 0,08) i starijih odraslih (M = 3,15 SD = 0,08), kao i između sredovječnih (M = 3,66 SD = 0,07) i starijih odraslih. Mlađi i sredovječni odrasli svoje su zdravlje procijenili značajno boljim u odnosu na starije odrasle.

Povezanosti ispitanih varijabli

U Tablici 3 prikazani su koeficijenti korelacija svih varijabli relevantnih za ovo istraživanje.

Iz Tablice 3 se vidi da je samoprocjena zdravlja značajno negativno i umjereno visoko povezana s dobi, što znači da s dobi ispitanici svoje zdravlje procjenjuju sve lošijim. Godine školovanja su bile značajno pozitivno, iako skromno, povezane sa samoprocjenom zdravlja, tj. obrazovaniji ispitanici su svoje zdravlje procjenjivali boljim. Međutim, kako se pokazalo da su u ovom uzorku dob i stupanj obrazovanja bili značajno negativno povezani, tj. s dobi ispitanika opadao je broj godina školovanja, pokušalo se provjeriti ostaje li korelacija samoprocjene zdravlja sa svakom od ovih varijabli značajna i nakon kontrole utjecaja one druge. Pokazalo se da je koeficijent parcijalne korelacije samoprocjene zdravlja i godina školovanja, iako niži, ostao i dalje značajan i

nakon kontrole dobi ($r_p = ,16$, $p < ,01$). I povezanost samoprocjene zdravlja i dobi, iako niža, ostala je značajna i nakon parcijalizacije utjecaja godina školovanja ($r_p = -,28$, $p < ,01$). Dakle, izgleda da su varijable dobi i stupnja obrazovanja i samostalno značajno povezane sa subjektivnom procjenom zdravlja. Njihove samostalne značajne doprinose objašnjenju samoprocjene zdravlja dokazuju i kasnije regresijske analize (Tablice 4 i 5).

Iz Tablice 3 se nadalje vidi da je usamljenost značajno negativno povezana sa samoprocjenom zdravlja, iako je ta korelacija relativno niska. Dakle, s rastućim doživljajem usamljenosti procjena zdravlja je sve negativnija. S druge strane, preferirana samoća sa samoprocjenom zdravlja nije bila značajno povezana.

Iako nisu izravno povezane s problemima istraživanja, provjerene su i ostale povezanosti među ispitanim varijablama, prikazane u Tablici 3. Pokazalo se da ni usamljenost ni samoća ne koreliraju značajno s dobi, ali da su obje značajno, iako nisko, povezane s godinama školovanja. S obrazovanjem je opadao doživljaj usamljenosti, a rasla preferencija samoće. I uz parcijalizaciju utjecaja dobi, korelacija usamljenosti i godina školovanja ostala je značajna, iako je opala ($r_p = -,14$, $p < ,05$). I koeficijent korelacije preferirane samoće i godina školovanja, nakon kontrole dobi, ostao je značajan, premda nizak ($r_p = ,13$, $p < ,05$). I na koncu, utvrđena je značajna pozitivna, iako relativno skromna, povezanost usamljenosti i preferirane samoće.

Prediktivni doprinosi usamljenosti i samoće samoprocjeni zdravlja

Kako bismo odgovorili na drugi problem istraživanja, tj. ispitali u kojoj mjeri usamljenost i preferirana samoća, nakon kontrole doprinosa nekih sociodemografskih varijabli, doprinose objašnjenju samoprocjene zdravlja odraslih, provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

Tablica 3. Korelacije ispitanih varijabli (N = 300)

Table 3 Correlations of examined variables (N = 300)

	1.	2.	3.	4.
Dob / Age				
Godine školovanja / Years of education	-,33**			
Samoprocjena zdravlja / Self-rated health	-,33**	,25**		
Usamljenost / Loneliness	,11	-,17**	-,19**	
Preferirana samoća / Preferred solitude	-,03	,14*	-,08	,29**

* $p < ,05$, ** $p < ,01$

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za samoprocjenu zdravlja s usamljenošću uvedenom u 2. koraku
 Table 4 Results of hierarchical regression analyses for self-rated health with loneliness included in the second step

Prediktori / Predictors		β	ΔR^2	R^2
1. korak / 1 st step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> (dob i godine školovanja) <i>(age and years of education)</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i>	-,28*** ,15**		,133
2. korak / 2 nd step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> Usamljenost / <i>Loneliness</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i> Usamljenost <i>Loneliness</i>	-,28*** ,13* -,14*	,017*	,150
3. korak / 3 rd step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> Usamljenost / <i>Loneliness</i> Preferirana samoća / <i>Preferred solitude</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i> Usamljenost <i>Loneliness</i>	-,28*** ,15* -,12*	,005	,155

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za samoprocjenu zdravlja s preferiranom samoćom uvedenom u 2. koraku

Table 5 Results of hierarchical regression analyses for self-rated health with preferred solitude included in the second step

Prediktori / Predictors		β	ΔR^2	R^2
1. korak / 1 st step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> (Dob i godine školovanja) <i>(Age and years of education)</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i>	-,28*** ,15**		,133
2. korak / 2 nd step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> Preferirana samoća / <i>Preferred solitude</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i>	-,28*** ,17**	,010	,143
3. korak / 3 rd step Sociodemografske varijable <i>Sociodemographic variables</i> Preferirana samoća / <i>Preferred solitude</i> Usamljenost / <i>Loneliness</i>	Dob / Age Godine školovanja <i>Years of education</i> Usamljenost <i>Loneliness</i>	-,28*** ,15* -,12*	,012*	,155

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

U obje su analize u prvom koraku uključene sociodemografske varijable dob i godine školovanja, za koje se pokazalo da su značajno povezane sa samoprocjenom zdravlja. Kako nisu utvrđene spolne razlike u samoprocjeni zdravlja, spol nije uključen u ove analize. U prvoj je analizi u drugom koraku uvrštena usamljenost, a u trećem samoća (Tablica 4),

dok je u drugoj hijerarhijskoj analizi u drugom koraku uključena samoća, a u trećem usamljenost (Tablica 5). Kako usamljenost i samoća dijele dio zajedničke varijance, njihov slijed uključivanja u hijerarhijsku analizu je variran kako bi se utvrdilo mijenja li se zbog toga zasebni doprinos svake, nakon kontrole one druge, objašnjenju samoprocjene zdravlja. Dodatni

razlog ovog variranja redoslijeda uključivanja usamljenosti i samoće u regresijsku analizu je i mogućnost postojanja različitih odnosa između ove dvije varijable. Ti su mogući odnosi već opisani u uvodu ovoga rada. Odnos usamljenosti i samoće u ovom istom uzorku ispitanika također je već detaljno analiziran u ranijem radu,³⁸ pa se tim odnosom u ovom radu više nećemo baviti.

U obje tablice s rezultatima hijerarhijskih analiza u drugom stupcu prikazani su samo značajni prediktori u pojedinim koracima analize.

U prvoj hijerarhijskoj analizi (Tablica 4) sociodemografske varijable dob i završene godine školovanja zajedno objašnjavaju oko 13% varijance samoprocjene zdravlja u ispitanom uzorku odraslih. Pritom dob ima značajan negativni, a godine školovanja značajan pozitivni doprinos objašnjenju kriterija. Uključivanjem usamljenosti u drugom koraku regresijske analize objašnjava se dodatnih skromnih 1,7% varijance samoprocjene zdravlja. U drugom koraku dob i godine školovanja ostaju značajni pojedinačni prediktori, uz koje se i usamljenost pokazala značajnim negativnim prediktorom samoprocjene zdravlja. Preferirana samoća uvedena u trećem koraku regresijske analize nije značajno povećala objašnjenu varijancu kriterija, tako da je ukupna objašnjena varijanca samoprocjene zdravlja iznosila 15,5%. U zadnjem koraku su od svih prediktora uvrštenih u hijerarhijsku analizu značajnima ostali dob, godine školovanja i usamljenost.

Kada smo u drugoj hijerarhijskoj analizi obrnuli slijed uvođenja usamljenosti i preferirane samoće, rezultati se nisu bitno promijenili (Tablica 5). Prvi korak je isti kao i u prethodnoj regresijskoj analizi. Preferirana samoća uvedena u drugom koraku povećala je objašnjenu varijancu samoprocjene zdravlja za 1%. Međutim, taj doprinos nije statistički značajan ($p = ,06$), iako je blizu granice značajnosti. U drugom koraku su značajnim prediktorima ostali dob i godine školovanja. Uključivanjem usamljenosti u trećem koraku objašnjava se dodatnih 1,2% varijance kriterija, ali se taj doprinos ipak pokazao statistički značajnim. Pojedinačni prediktivni doprinosi, tj. beta-vrijednosti svih prediktora uvrštenih u trećem koraku regresijske analize identične su, naravno, onima za iste prediktore u zadnjem koraku prethodne regresijske analize s ukupno objašnjenih 15,5% varijance samoprocjene zdravlja.

Rasprava

Na uzorku od 300 odraslih osoba širega dobnog raspona (25 – 75 godina) provedeno je istraživanje čiji je osnovni cilj bio ispitati spolne i dobne razlike u

samoprocjeni zdravlja, te prediktivni doprinos usamljenosti i preferirane samoće, nakon kontrole doprinosa nekih sociodemografskih varijabli, objašnjenju samoprocjene zdravlja. Brojne studije potvrđuju da je samoprocjena ili subjektivna procjena zdravlja valjan pokazatelj objektivnoga zdravstvenog stanja adolescenata i odraslih.¹⁻³ Negativna samoprocjena zdravlja povezana je s većom stopom mortaliteta i s različitim oblicima negativnog zdravstvenog ponašanja.^{1,4,5} S obzirom na ove studije koje pokazuju njezinu blisku vezu s objektivnim zdravstvenim stanjem, odlučili smo u ovom istraživanju koristiti samoprocjenu zdravlja sudionika kao približni pokazatelj njihova objektivnog zdravstvenog stanja. Sudionici ovoga istraživanja su svoje zdravlje uglavnom ocijenili vrlo dobrim ili dobrim. Nadalje, izvijestili su o, u prosjeku, slabom doživljaju usamljenosti, te o blago ispodprosječnoj preferenciji samoće.

Spolne i dobne razlike u samoprocjeni zdravlja

Što se tiče odgovora na prvi problem istraživanja, pokazalo se da se muškarci i žene značajno ne razlikuju u procjeni vlastitoga zdravlja. Također nije utvrđen niti značajan efekt interakcije spola i dobi na samoprocjenu zdravlja. Ovaj nalaz nije u skladu s rezultatima mnogih ranijih istraživanja koja su pokazala da žene, u odnosu na muškarce, svoje zdravlje procjenjuju lošijim, posebno u starijim dobnim skupinama. To je uglavnom objašnjavano spolnim razlikama u sociodemografskim i socioekonomskim obilježjima, primjerice, utjecajem nižeg SES-a žena na njihovu nepovoljniju procjenu kvalitete života i vlastitoga zdravlja.^{6,10-13} U ovom istraživanju nemamo podatak o primanjima ispitanika, ali slična razina obrazovanja u muških i ženskih ispitanika možda dijelom objašnjava utvrđene neznačajne spolne razlike u samoprocjeni zdravlja u ispitanom uzorku. Dakle, moguće je da su muški i ženski sudionici ovoga istraživanja bili sličnog SES-a ili nekih drugih relevantnih obilježja, kao što je objektivno zdravstveno stanje, što se moglo odraziti na njihovu sličnu procjenu vlastitoga zdravlja. Međutim, o tim drugim obilježjima uzorka koja su mogla utjecati na samoprocjenu zdravlja, s obzirom na nedostatak podataka o njima, ovdje možemo samo nagađati.

S druge strane, utvrđene su značajne dobne razlike u samoprocjeni zdravlja. Iako su sve tri dobne skupine svoje zdravlje procijenile u prosjeku dosta dobrim, stariji odrasli su svoje zdravlje procjenjivali značajno lošijim u odnosu na mlađe i sredovječne odrasle. To je i očekivano, jer starije osobe i

objektivno imaju više zdravstvenih problema u odnosu na mlade. Ovaj je nalaz sukladan nekim ranijima.¹⁰

Povezanosti ispitanih varijabli

Sukladno dobnim razlikama u samoprocjeni zdravlja, koje su utvrđene analizom varijance, korelacijska analiza pokazala je značajnu negativnu povezanost dobi i samoprocjene zdravlja. Kako je i očekivano, s porastom dobi sudionici su svoje zdravlje ocjenjivali sve lošijim. Nadalje, završene godine školovanja, kao pokazatelj stupnja obrazovanja i jedan od indikatora SES-a, značajno su pozitivno, iako relativno nisko, korelirale sa subjektivnom procjenom zdravlja. Osobe višega stupnja obrazovanja svoje su zdravlje procjenjivale boljim, čak i kada je kontroliran utjecaj dobi. To je u skladu s nalazima drugih istraživanja koja također ukazuju na pozitivnu povezanost SES-a i dobrog zdravstvenog stanja.⁷⁻⁹ Očigledno osobe višega stupnja obrazovanja i, općenito, višega SES-a bolje odgovaraju na zahtjeve svakodnevnoga života i kvalitetnije brinu o svom zdravlju, zahvaljujući boljim resursima, kako osobnima, tako i materijalnim. Stoga im je i zdravstveni status, kao i njegova subjektivna procjena, bolji.

Usamljenost je značajno negativno, iako nisko, korelirala sa samoprocjenom zdravlja. Dakle, s porastom doživljaja usamljenosti, samoprocjena zdravlja bila je sve negativnija. Ovaj rezultat donekle govori u prilog slici o usamljenosti kao rizičnom čimbeniku za zdravlje, iako bi bio mnogo uvjerljiviji da je utvrđena povezanost veća. Ranija su istraživanja, od kojih neka i longitudinalnog nacrta, pokazala da je usamljenost značajan negativan prediktor samoprocjene zdravlja.¹⁷ Kao što je već u uvodu rada navedeno, usamljenost je povezana s nizom psihičkih i tjelesnih zdravstvenih problema i bolesti, kao što su depresija,²¹⁻²⁴ povišeni krvni tlak,²⁵ kardiovaskularne bolesti²⁹ i dr.

Za razliku od očekivane negativne povezanosti doživljaja usamljenosti i samoprocjene zdravlja, preferirana samoća sa samoprocjenom zdravlja nije značajno korelirala. Kako se preferirana samoća opisuje kao pozitivno stanje koje se odnosi na svojevóljno povlačenje od drugih, i očekivano je da ona neće biti značajno negativno povezana sa samoprocjenom zdravlja, odnosno da s njom vjerojatno uopće neće korelirati.

Zanimljiv je rezultat koji govori o različitom smjeru povezanosti usamljenosti i preferirane samoće sa stupnjem obrazovanja i uz kontrolu dobi ispitanika. I usamljenost i samoća su nisko, ali značajno

korelirale s godinama školovanja. Pritom je korelacija usamljenosti bila negativna, a samoće pozitivna. Dakle, s godinama školovanja opada doživljaj usamljenosti, a raste preferencija samoće. Očito obrazovanje osobe, višega SES-a, uspješnije zadovoljavaju svoje potrebe za intimnošću, ljubavi i pripadanjem, vjerojatno zahvaljujući svojim bogatijim osobnim i materijalnim resursima. Obrazovanje osobe također i više preferiraju samoću, možda zbog većih potreba za kontemplacijom, samorefleksijom, učenjem i realizacijom umjetničkih i kreativnih interesa, koje je često lakše zadovoljiti u samoći nego u društvu drugih. Mnogi autori navode ove poželjne funkcije samoće.^{30,33-36}

Prediktivni doprinosi usamljenosti i samoće samoprocjeni zdravlja

Kako bi se odgovorilo na drugi problem istraživanja, tj. kako bi se ispitali prediktivni doprinosi usamljenosti i preferirane samoće, nakon kontrole doprinosa nekih sociodemografskih varijabli, objašnjenju samoprocjene zdravlja, provedene su hijerarhijske regresijske analize. Rezultati ovih analiza pokazali su da sociodemografske varijable dob i završene godine školovanja, uvedene u prvom koraku, objašnjavaju najveći postotak varijance samoprocjene zdravlja, iako je i taj postotak (13%) dosta skroman. Najbolji pojedinačni prediktor samoprocjene zdravlja je bila dob, a potom godine školovanja. Nakon kontrole njihova doprinosa, usamljenost se pokazala značajnim negativnim prediktorom samoprocjene zdravlje, iako je objasnila samo dodatnih 1,7% varijance ove varijable. Ovaj nalaz ipak dijelom govori u prilog rezultatima ranijih istraživanja koja su pokazala da je usamljenost značajno povezana s negativnom subjektivnom procjenom zdravlja,¹⁷ te da je rizični faktor za pojavu različitih zdravstvenih tegoba.²⁵⁻²⁹

S druge strane, preferirana samoća nije imala značajan zasebni doprinos objašnjenju samoprocjene zdravlja, nakon kontrole doprinosa sociodemografskih varijabli i usamljenosti. To se moglo i očekivati s obzirom na to da se u ranijim korelacijskim analizama pokazalo da nije značajno povezana sa samoprocjenom zdravlja. I pretpostavljeno je da preferirana samoća, kao svojevóljno izabrano, željeno stanje, neće negativno doprinositi zdravstvenom stanju, pa tako ni subjektivnoj procjeni toga stanja, iako mu značajno ne doprinosi niti u pozitivnom smislu.

Kada je samoća uvedena u drugom, a usamljenost u trećem koraku hijerarhijske analize, zasebni doprinos samoće objašnjenju samoprocjene zdravlja

ponovno nije bio statistički značajan (iako je bio blizu granice značajnosti), a zasebni doprinos usamljenosti jest.

Dakle, izgleda da sociodemografske varijable bolje negoli usamljenost i samoća objašnjavaju individualne razlike u samoprocjeni zdravlja. Mali postotak varijance samoprocjene zdravlja koji su objasnili svi prediktori uključeni u regresijsku analizu (15,5%) vjerojatno je odraz činjenice da u skup prediktora nije uključen velik broj čimbenika koji mogu utjecati na zdravlje, te njegovu samoprocjenu. Osim bioloških, riječ je i o brojnim nebiološkim čimbenicima, kao što su ličnost osobe, motivacija, pridržavanje terapije, SES, dostupnost zdravstvene zaštite, mreža socijalne podrške, individualna i kulturalna vjerovanja i ponašanja i dr., što zahtijeva primjenu širokog istraživačkog modela zdravlja.⁴²

Na kraju, u kritičkom osvrtu na provedeno istraživanje i njegove rezultate, treba napomenuti da su i utvrđene značajne korelacije među ispitanim varijablama relativno niske, a varijanca samoprocjene zdravlja koju objašnjavaju prediktori uključeni u regresijsku analizu dosta skromna. To je vjerojatno odraz karakteristika nekliničkog uzorka širega dobnog raspona na kojemu je provedeno istraživanje i već spomenute činjenice da i brojni drugi čimbenici koji nisu zahvaćeni ovim istraživanjem mogu utjecati na samoprocjenu zdravlja. Utvrđena povezanost usamljenosti i zdravlja vjerojatno bi bila veća u kliničkim uzorcima ili uzorcima starijih osoba, u kojih je zdravlje lošije a usamljenost izraženija, nego u nekliničkim uzorcima i uzorcima širega dobnog raspona.

Nadalje, provedeno je istraživanje transverzalnog nacрта, te se ne može pouzdano zaključivati o uzročno-posljedičnim odnosima između usamljenosti i zdravlja. Jasnije zaključke o smjeru ove povezanosti mogu dati longitudinalna istraživanja.

U budućim bi istraživanjima na većem reprezentativnijem uzorku valjalo provjeriti odnos nekih specifičnijih aspekata, tjelesnoga i mentalnoga zdravlja, s usamljenošću i samoćom u naših ispitanika. Naime, ostaje otvorenim pitanje na što su točno ispitanici mislili kada su procjenjivali svoje opće zdravlje. Iako Svjetska zdravstvena organizacija koristi multi-dimenzionalni pristup pri definiranju zdravlja kao „stanja potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo kao odsustvo bolesti ili nesposobnosti“,¹² neki autori³ drže da se odrasle osobe, kada ocjenjuju svoje opće zdravstveno stanje, više usmjeravaju na tjelesne aspekte zdravlja i tjelesne tegobe.

U budućim bi istraživanjima zanimljivo bilo ispitati doprinos i drugih sociodemografskih varijabli

(bračni i radni status, primanja) subjektivnoj procjeni zdravlja, koji zbog nesrazmjernoga broja ispitanika u pojedinim kategorijama bračnog ili radnog statusa, u ovom istraživanju nismo provjerili.

Zaključak

U ovom istraživanju nisu utvrđene značajne spolne razlike u samoprocjeni zdravlja. Dob i godine školovanja su se pokazali boljim prediktorima samoprocjene zdravlja negoli usamljenost i samoća. Usamljenost je značajno negativno, iako relativno nisko, korelirala sa samoprocjenom zdravlja, te je njezin doprinos objašnjenju varijance ove varijable, iako nizak, bio značajan. Samoća nije značajno korelirala sa samoprocjenom zdravlja, te ni njezin doprinos objašnjenju ove kriterijske varijable nije bio značajan. Stoga se može zaključiti da usamljenost i, još više samoća, nemaju veću ulogu u objašnjenju samoprocjene zdravlja sudionika ovoga istraživanja.

Literatura

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21-37.
2. Moller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *J Epidemiol Community Health.* 1996;50:423-428.
3. Page RM, Suwanteerangkul J. Self-rated health, psychosocial functioning, and health-related behavior among Thai adolescents. *Pediatr Int.* 2009;51:120-5.
4. Benyamini Y, Idler EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional samples, 1995 to 1998. *Res Aging.* 1999;21:392-401.
5. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. The association between self-assessed health status and individual health practices. *Can J Public Health.* 1989;80:32-37.
6. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Qual Life Res.* 2010;19:1115-24.
7. Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy.* 2001;55:51-69.
8. Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke.* 2002;33:268-73.
9. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2003;157:98-112.

10. Bourne PA, Brooks D. Gender, women and health: gendered health differences. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2011;3:550-574.
11. Crimmins EM, Jung Ki K, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health*. 2011;21: 81-91.
12. Ekwall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *J Adv Nurs*. 2005;49:23-32.
13. Perrig-Chiello P, Hutchison S. Health and well-being in old age: the pertinence of a gender mainstreaming approach in research. *Gerontology*. 2010;56:208-13.
14. von Strauss E, Agüero-Torres H, Kareholt I, Winblad B, Fratiglioni L. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: a study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen project. *J Clin Epidemiol*. 2003;56:669-77.
15. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality: Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res*. 2008;20:91-102.
16. Liu H, Umberson DJ. The times they are a changin': marital status and health differentials from 1972 to 2003. *J Health Soc Behav*. 2008;49:239-253.
17. Nummela O, Seppänen M, Uutela A. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): a longitudinal study among aging people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53:163-67.
18. Iecovich E, Jacobs JM, Stessman J. Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *Int J Aging Hum Dev*. 2011;72:243-63.
19. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res*. 2011. doi: 10.4061/2011/534781.
20. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley and Sons; 1982.
21. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*. 2004;8:475-85.
22. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006;21:140-151.
23. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Geront Geriatr*. 2004; 38:239-50.
24. Ó Luanaigh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23: 1213-21.
25. Hawkley LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging*. 2006;21:152-64.
26. Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntston GG, et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychol Sci*. 2002;13: 384-87.
27. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29:593-611.
28. Doane LD, Adam EK. Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35:430-41.
29. Sorkin D, Rook KS, Lu JL. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med*. 2002;24:290-98.
30. Lacković-Grgin K. Usamljenost: Fenomenologija, teorije i istraživanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008.
31. Segrin C, Domschke T. Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Commun*. 2011;26:221-32.
32. Segrin C, Passalacqua SA. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Commun*. 2010;25:312-22.
33. Larson R, Lee M. The capacity to be alone as a stress buffer. *J Soc Psychol*. 1996;136:5-16.
34. Rokach A. Surviving and coping with loneliness. *J Psychol*. 1990;124:39-54.
35. Storr A. Solitude. London: Harper Collins Publishers; 1988.
36. Wilkins LE, Burch S. Solitude: a creative power for NP success. *Kans Nurse*. 1999;74:13-14.
37. Duck S. Human relationships. London: SAGE Publications; 1999.
38. Tucak Junaković I, Čubela Adorić V. Odnos bazičnih vjerovanja o ljudskoj prirodi s usamljenošću, preferiranim samoćom i zadovoljstvom socijalnim odnosima u odrasloj dobi. *Psihologijske teme*. 2009; 18:159-82.
39. Allen RL, Oshagan H. The UCLA loneliness scale: invariance of social structural characteristics. *Personality Individual Differ*. 1995;19:185-95.
40. Lacković-Grgin K, Penezić Z, Nekić M. Kratka verzija UCLA skale usamljenosti. U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, ur. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 1. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru; 2002, str. 77-78.
41. Lacković-Grgin K, Nekić M. Adaptirana skala preferirane samoće. U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, ur. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 1. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru; 2002, str 23-24.
42. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.

