

ZDRAVSTVENA PSIHOLOGIJA STARENJA – PRIKAZ PODRUČJA I PREGLED ISTRAŽIVANJA U HRVATSKOJ

Jasminka Despot Lučanin
Katedra za zdravstvenu psihologiju
Zdravstveno veleučilište
Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb
jasminka@zvu.hr

Sažetak

Glavno je usmjerenje zdravstvene psihologije starenja postizanje optimalnog starenja, a ciljevi su primijeniti psihološke spoznaje u prevenciji bolesti te poboljšati kvalitetu života zdravih i bolesnih starijih osoba. Psiholozi preporučuju da se optimalno starenje proučava s usmjerenjem na individualne razlike i plastičnost procesa starenja jer su način i brzina starenja pod snažnim djelovanjem zdravlja, navika zdravog ponašanja i nekih psihosocijalnih čimbenika.

U ovom članku sažeto je prikazan niz rezultata istraživanja čimbenika procesa starenja provedenih u Hrvatskoj, od 1979. godine do danas, u usporedbi s istraživačkim trendovima u drugim zemljama. Svima je glavni cilj bio utvrditi ulogu psiholoških čimbenika u međudjelovanju s ostalima u određivanju starenja i kvalitete života u starosti. Prikazana su istraživanja temeljne uloge psiholoških čimbenika u procesu starenja, istraživanja uloge psiholoških čimbenika u kvaliteti života u starosti i istraživanja uloge kognitivnih funkcija u procesu starenja. Konačni je cilj primijeniti istraživačke spoznaje u zdravstvenoj i socijalnoj praksi.

Ključne riječi: zdravstvena psihologija, starenje, kvaliteta života, istraživanja

UVOD

Zdravstvena psihologija može se definirati kao grana primijenjene psihologije koja primjenjuje znanja, metode i postupke psihološke znanosti u povećanju djelatnosti zdravstva i humaniziranju odnosa u zdravstvu (Havelka, 1988b). Zdravstvena psihologija je usmjerena na promicanje i održavanje zdravlja, sprječavanje i liječenje bolesti, utvrđivanje korelata zdravlja i bolesti te poboljšanje sustava zdravstvene skrbi (Sarafino, 1994). Psiholozi u području zdravstva rade u istraživanjima, procjenama, intervencijama, savjetovanju, podučavanju bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Kao novo područje psihologijskih istraživanja i primjene, nastalo zbog problema tradicionalnog biomedicinskog pristupa u rješavanju zdravstvenih pore-

mećaja i bolesti u današnjoj populaciji ljudi, pojavila se tek 1970-ih godina. 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.

Jedan od uzroka toga jest i sve duži prosječni životni vijek ljudi, osobito u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju. Početkom 20. stoljeća očekivana dužina života u većini razvijenih zemalja iznosila je oko 47 godina, dok danas iznosi oko 74 godine za muškarce i 79 godina za žene. Posljedica toga je porast broja starijih ljudi. Tako se predviđa da će se 2030. godine u cijeloj Europi i Sjevernoj Americi broj starijih ljudi udvostručiti, a u zemljama u razvoju, osobito afričkim te azijskim (Kina, Indija) učetverostručiti – dakle, bit će dvostruko više starijih ljudi nego u Europi i Sjevernoj Americi (Akrap, 1999). Slična je situaciju i u populaciji Republike Hrvatske u kojoj je 2001. god. udio osoba starijih od 65 godina bio 15,7%, a udio starijih od 60 godina 21,9% (Državni zavod za statistiku, 2003). Produženi životni vijek ljudi može se pripisati boljoj zaštiti zdravlja, boljim općim uvjetima života, higijene i prehrane, ali i promjenama u navikama zdravstvenog ponašanja.

Tako je važnost psihosocijalnih čimbenika zdravlja starijih ljudi dospjela u središte početnog istraživačkog zanimanja psihologa i područja javnozdravstvene politike (Defilipis i Havelka, 1984; Eisdorfer i Wilkie, 1977; Jackson, 1996). Zdravstveno ponašanje, psihološki čimbenici u nastanku bolesti i pridržavanje uputa u liječenju bolesti spadaju u područje zdravstvene psihologije. Međutim, mijenja li se to i kako sa starenjem, nije bilo jasno. Poznato je da je zdravlje starijih ljudi osjetljivije na fizičke rizične čimbenike, ali njihova osjetljivost na psihosocijalne rizične čimbenike nije bila dovoljno poznata.

Krajem 1980-ih godina pojavila se još novija grana primijenjene psihologije, to jest razvojna zdravstvena psihologija, koja uključuje uže područje psihologije starenja. Ona sjedinjuje teorijske pristupe razvojne psihologije, biološke psihologije i zdravstvene psihologije u proučavanju interakcije zdravlja, ponašanja i starenja (Sieglar, 1989). U temeljnoj psihologijskoj literaturi još uvijek se područja zdravstvene psihologije i psihologije starenja smatraju povezanim, ali ne i sjedinjenima pa se obično navode kao “zdravstvena psihologija i starenje”, ali mi se usuđujemo izraziti njihovo preklapanje i spajanje u jedinstveno područje pod nazivom *zdravstvena psihologija starenja*. Glavno je usmjerenje zdravstvene psihologije starenja postizanje optimalnog starenja, a ciljevi su primijeniti psihološke spoznaje u prevenciji bolesti te poboljšati kvalitetu života zdravih i bolesnih starijih osoba.

Psihologijska istraživanja 1990-ih godina bavila su se stavovima o prirodi procesa starenja i načinom na koji stari ljudi percipiraju, tumače i ponašaju se prema simptomima bolesti (Ory, Abeles i Lipman, 1992.). Uslijedio je pomak istraživačkog zanimanja prema složenim interakcijama među socijalnim, psihološkim i biološkim čimbenicima zdravlja i bolesti te prema intervencijama. Osim toga, rana su istraživanja u zdravstvenoj psihologiji upozorila na važnost proučavanja cjeloživotnih

razvojnih procesa u održavanju zdravlja ili nastanku bolesti, što ima važnu ulogu u sprječavanju nastanka bolesti i promicanju zdravlja u starijim godinama života.

Istraživanja s početka 2000-ih godina iz područja zdravstvene psihologije starenja pružaju razne modele pristupa primjenjive na starije ljude, koji povezuju ličnost, osobine i sposobnosti pojedinca te njegovo socijalno okruženje s njegovim zdravstvenim ponašanjem, stavovima prema zdravlju, suočavanjem s bolešću i ishodima liječenja.

Ti su modeli doveli do temeljnih pretpostavki koje vode prema cjeloživotnoj razvojnoj teoriji zdravlja i optimalnog starenja:

1. Zdravlje je cjeloživotni proces. Razvija se od ranog djetinjstva kao posljedica interakcije naslijeđa i okoline te osobina same osobe i mijenja se tijekom života. Zdravlje u starosti ishod je djelovanja čimbenika kroz čitav životni vijek.

2. Zdravlje je višedimenzionalno. Unatoč mišljenju o sve većoj povezanosti različitih dimenzija zdravlja s godinama, pojavljuju se dokazi o njihovoj sve većoj neovisnosti, osobito u dubokoj starosti. Moguće je povećati psihosocijalnu dobrobit unatoč opadanju tjelesnog zdravlja. Zato je za proučavanje i razumijevanje zdravlja bitan multidisciplinarni pristup.

3. Zdravlje pojedinca ovisno je o međudjelovanju društveno-povijesnog okruženja i cjeloživotnog razvoja, koje omogućuje promjene, u pozitivnom ili negativnom smjeru. Novije su generacije ljudi zdravije i duže žive. Međutim, neki čimbenici okoline, npr. zagađenja ili ratovi, mogu narušiti zdravlje i skratiti život.

4. Postoje individualne razlike u odvijanju razvoja tijekom života koje dovode do optimalnog ili lošeg starenja. Na primjer, način suočavanja starijih osoba sa zdravstvenim i socijalnim gubicima može pridonijeti razvoju mudrosti, koja predstavlja dobitak, ili razvoju depresije, koja narušava starenje. (Aldwin, Park i Spiro, 2007).

Što je optimalno starenje?

S gledišta cjeloživotnog razvoja, zdravo starenje jest odsutnost bolesti te dobro tjelesno funkcioniranje, očuvane kognitivne sposobnosti i aktivan život (Aldwin, Spiro i Park, 2006). Sve su to preduvjeti za visoku razinu socijalne integracije i produktivno ponašanje. Neke pozitivne psihološke značajke koje se povezuju s uspješnim starenjem jesu: osjećaj sreće, intelektualna znatiželja, zahvalnost, duhovnost i osjećaj zajedništva. Osobe koje uspješno stare imaju ove značajke unatoč većim tjelesnim nesposobnostima.

Ono što još doprinosi dobrom starenju jest ravnoteža između gubitaka i dobitaka (Brandstädter i Greve, 1994). Osoba doživljava gubitke, npr. socijalnih uloga, dragih osoba, tjelesnih sposobnosti, mladenačkog zgodnog izgleda. Suočavanje s tim gubicima zahtijeva od osobe da promijeni kriterije procjene svog identiteta, da se oslobodi vanjskih ograničenja i usmjeri na bit života.

Optimalno starenje dopušta osobi da maksimalno iskoristi preostalo zdravlje na način da izbjegava sve ono što ubrzava proces starenja odnosno da čini ono što ga usporava (Schaie i Willis, 2001). Unatoč tome, stanovita razina distanciranja i mudrosti nužna je za prihvaćanje bilo koje razine bolesti i nesposobnosti kako bi se očuvalo duševno zdravlje i socijalno funkcioniranje, što je više moguće u granicama onesposobljenosti (Aldwin, Spiro i Park, 2006). Stoga razvojni psiholozi preporučuju da se optimalno starenje proučava s usmjerenjem na individualne razlike i plastičnost procesa starenja.

Promjene u zdravlju i ponašanju starijih ljudi

U današnje vrijeme vrlo je teško govoriti o starenju općenito, jer proces starenja obilježavaju velike individualne razlike i plastičnost. Neke individualne razlike mogu se pripisati plastičnosti biološkog starenja. To znači da su način i brzina starenja pod djelovanjem navika zdravog ponašanja i psihosocijalnih čimbenika kao što su ličnost i socijalno okruženje

Neki čimbenici zdravog ponašanja djeluju na brzinu biološkog starenja s gledišta cjeloživotnog razvoja (Aldwin, Spiro i Park, 2006; Rogers, 1995). Ti čimbenici mogu potaknuti optimalno starenje, ne samo u smislu usporenja starenja već i u smislu poticanja zdrave prilagodbe na gubitke u starijoj dobi.

Loše zdravstveno ponašanje rizični je čimbenik niza kroničnih bolesti u starosti: kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, plućnih bolesti, artritisa, itd. Novija istraživanja pokazuju da bi rizični čimbenici nekih kroničnih bolesti, npr. srčanih, mogli biti povezani i s opadanjem kognitivnih sposobnosti u starijih osoba. Sve je više ljudi koji su spremni promijeniti svoje loše navike ponašanja, bez obzira na dob. Zdravstveni obrazovni programi, preventivne akcije, individualno savjetovanje ili psihološki tretmani pomažu ljudima starije dobi da prestanu *pušiti*, da kontroliraju unos *alkoholnih pića*, da *prilagode prehranu*, da *održavaju dobru tjelesnu težinu*, da *povećaju tjelesnu aktivnost* i da redovito kontroliraju svoje *zdravstveno stanje*. Prihvaćanje navedenih navika ponašanja uvijek pokazuje dobre učinke na zdravlje, povećava odgovornost starijih ljudi za vlastito zdravlje i pospješuje optimalno starenje.

Psihosocijalni čimbenici koji djeluju na starenje

Ličnost

Danas postoje uvjerljivi dokazi da ličnost djeluje na zdravlje, osobito kardiovaskularnog sustava (Aldwin, Spiro i Park, 2006).

Starije osobe s visokom razinom *neprijateljskog stava (hostilnosti)*, *tjeskobe*, *neuroticizma* i *depresivnosti* imaju veći rizik od kardiovaskularnih bolesti i mortaliteta, osobito u stresnim situacijama, zbog loših navika zdravstvenog ponašanja vezanih uz navedena obilježja i zbog fizioloških reakcija na stres.

Manje je podataka, vrlo različitih, o osobinama ličnosti kao *zaštitnim čimbenicima*, ali postoje (Aldwin, Spiro i Park, 2006; Berg, Smith, Henry i Pearce, 2007). Osobine *kontrole, optimističnog stava, izdržljivosti i dosljednosti* pokazuju zaštitno djelovanje na zdravlje u starosti, pa čak i na mortalitet. U novijim istraživanjima zaštitnima se pokazuju *emocionalna stabilnost i svjesnost* (o vlastitoj okolini, reakcijama na nju i unutarnjim stanjima) jer daju starijoj osobi veću kontrolu, što djeluje povoljno na zdravlje i dužinu života.

Stres i suočavanje

Razmjerno je malo istraživanja o stresu, suočavanju i biomedicinskim zdravstvenim ishodima u starijih osoba. Starije osobe su manje otporne na fizičke stresore, ali još nije potpuno dokazano da su manje otporne na psihosocijalne stresore (Aldwin, Spiro i Park, 2006; Davis, Zautra, Johnson, Murray i Okvat, 2007; Mroczek, Spiro i Griffin, 2006). Postoji složeni odnos između dobi, suočavanja sa stresom i imunoloških funkcija, međutim, potrebno je još istražiti te pojave.

Promjene u psihičkom zdravlju starijih osoba

Starenje populacija u čitavom svijetu upućuje na to da će stariji ljudi u budućnosti imati više potreba i više zahtjeva za psihoterapijskim uslugama. Danas prevladava pozitivno uvjerenje da psihoterapija sa starijim osobama predstavlja izazov za psihoterapeuta, daje učinke i pruža nagrade (Knight, 1999; Schaie i Willis, 2001).

Psihoterapija se pokazala učinkovitom u sljedećim tegobama psihičkog zdravlja:

- Kognitivno-bihevioralna terapija ima velike učinke u tretmanu *depresije i anksioznosti, poremećaja spavanja i zlouporabe alkohola*;
- *Demencija* – razvijen je niz psiholoških tretmana za smanjivanje problematičnih ponašanja, poboljšanje raspoloženja i usporavanje kognitivnog propadanja te program bihevioralnih postupaka za skrbnike.
- *Psihološka pomoć kroničnim bolesnicima* – intervencije uključuju tehnike opuštanja, kognitivno restrukturiranje, bihevioralne tretmane nesanice, prehrane i tjelovježbe itd., što smanjuje bol i emocionalne tegobe.
- Psihološke intervencije za skrbnike nemoćnih starijih osoba – imaju iznenađujuće male učinke – vjerojatno bi bio primjereniji obiteljski pristup. Knight, 1999; Schaie i Willis, 2001).

Primjena spoznaja o starenju u psihologijskoj praksi

Razumijevanje uloge psiholoških čimbenika u pozitivnoj kvaliteti življenja starijih osoba i ostalih čimbenika koji tome doprinose važno je zbog procjene opsega

u kojem bi psihološke intervencije, osim zdravstvenih ili socijalnih, bile od pomoći ljudima da održe dobrobit i neovisnost u starosti.

Budući da ljudi žive sve duže i da je udio starijih osoba u populaciji Hrvatske sve veći, može se očekivati da će psiholozi među svojim klijentima imati *sve više starijih osoba* ili sredovječnih osoba koje imaju problema zbog ostarjelih roditelja. Psiholozi koji rade sa starijim ljudima moraju znati sve više o tjelesnom starenju, razlici između normalnog starenja i bolesti, te o međuodnosu tjelesnih i psihičkih tegoba.

Spoznaje iz područja zdravstvene psihologije starenja pružaju psiholozima nove mogućnosti *primjene u psihologijskoj praksi*. Prije svega, otvara se mogućnost preventivnog djelovanja kroz obrazovanje ljudi u ranijim životnim razdobljima, kako bi se pripremili na uspješnije suočavanje sa zdravstvenim tegobama koje se mogu očekivati u starosti.

Osim toga, psiholozi su važni u *unaprjeđenju komunikacije* između zdravstvenih djelatnika i starijih osoba, a koja ima neke specifičnosti te izravno utječe na suradnju starije osobe u procesu sprječavanja bolesti, liječenja i oporavka.

Psiholozi imaju važnu ulogu i u pružanju *različitih intervencija*: obrazovnih, savjetodavnih i terapijskih, usmjerenih na stariju osobu, obitelj ili druge osobe koje skrbe o starijima. Pravovremenim intervencijama, prvenstveno u smislu procjene općeg stanja, zadovoljstva životom i potreba starije osobe, moguće je spriječiti pogoršanje kvalitete življenja primjerenim oblicima pomoći. Povremenim ponovnim procjenama općeg psihofizičkog stanja osobe moguće je pratiti učinkovitost intervencija kao i spremno reagirati na promjene u potrebama svake osobe.

Osim suradnje i primjene spoznaja iz različitih područja unutar psihologije, pristup stručnjaka iz područja zdravstvene psihologije starenja nužno uključuje i *interdisciplinarnu suradnju* sa stručnjacima izvan područja psihologije: s liječnicima, socijalnim radnicima, zdravstvenim djelatnicima, kineziolozima, pedagogima itd., čije je djelovanje usmjereno na očuvanje zdravlja i kvalitete života u starenju.

PREGLED ISTRAŽIVANJA IZ PODRUČJA ZDRAVSTVENE PSIHOLOGIJE STARENJA U HRVATSKOJ

Iako je razmjerno mali ukupni broj istraživanja iz područja zdravstvene psihologije starenja u Hrvatskoj, njihova tradicija ipak postoji. Osim toga, sva su istraživanja u skladu s europskim i svjetskim trendovima, pa se tako i hrvatska istraživanja mogu grupirati u slične skupine – vremenske, tematske ili strukturalne.

U ovom članku sažeto je prikazan niz rezultata psihologijskih istraživanja procesa starenja provedenih u Hrvatskoj. Svima je glavni cilj bio utvrditi ulogu psiholoških čimbenika u međudjelovanju s ostalima u određivanju starenja i kvalitete života u starosti.

Istraživanja temeljne uloge
psiholoških čimbenika u procesu starenja

Prvo značajnije multidisciplinarno istraživanje starenja u Hrvatskoj (iako ne i najranije) bila je epidemiološka studija zdravstvenog, socijalnog i psihološkog stanja starih ljudi, potaknuta od strane Svjetske zdravstvene organizacije pod nazivom "The Study on Health Care of the Elderly in Urban Areas", provedena u 11 europskih zemalja (Defilipis i Havelka, 1984). Provedena je 1979. godine u dva velika urbana središta tadašnje Jugoslavije – u Zagrebu i u Beogradu. U nacrt studije bile su uključene brojne psihološke varijable u cilju utvrđivanja temeljnih spoznaja o ulozi psiholoških čimbenika u starenju i zdravlju starih ljudi. Kao pozitivna posljedica, okupljena je skupina psihologa koji su se tim područjem istraživanja nastavili baviti još dugi niz godina, uvodeći u to područje i druge psihologe i tako su polako razvijali i primjenjivali znanja iz zdravstvene psihologije starenja. Ta su prva istraživanja bila u skladu s tadašnjim svjetskim trendovima, to jest ranim istraživanjima starenja i zdravlja (Eisdorfer i Wilkie, 1977). Deskriptivnim nacrtom studije dobiveni su psiholozima zanimljivi podaci o sociodemografskim značajkama 1479 ispitanih starijih osoba, o socijalnoj uključenosti, funkcionalnoj sposobnosti, zdravstvenom ponašanju, objektivnom i subjektivnom zdravlju, psihosomatskim tegobama i zadovoljstvu životom – to je skup varijabli koje su u to vrijeme obično bile uključene u slična istraživanja starenja. Ovi su nalazi uključeni u preporuke za bolju organizaciju javnozdravstvene zaštite i skrbi za starije ljude. Tijekom 1980-ih godina objavljeni su rezultati iz pojedinih dijelova ove studije u Hrvatskoj (Defilipis i Havelka, 1984; Havelka, 1982; Matešić, 1985, 1986).

Početak 1990-ih godina, potaknuto objavljivanjem načela Ujedinjenih naroda za starije ljude (United Nations Principles for Older Persons, 1991), sa svrhom poboljšanja života u starijoj dobi, u svijetu i u Hrvatskoj sve je veće zanimanje zdravstvenih psihologa za sveobuhvatnijim ispitivanjem zajedničkih psiholoških čimbenika starenja i zdravlja. To znači da je naglasak u istraživanjima bio na utvrđivanju mogućnosti predviđanja starenja i zdravlja, temeljem longitudinalnih istraživačkih nacrti i jednostavnije primjene složenih statističkih analiza.

Stoga je u Zagrebu provedeno istraživanje kojim je ispitana povezanost psiholoških i socijalnih čimbenika s promjenama u funkcionalnom i psihičkom stanju te dužinom života starijih osoba praćenih longitudinalno. Nakon petnaest godina, 1994. godine, ispitivanje je ponovljeno na istim ispitanicima koji su sudjelovali i u epidemiološkoj studiji 1979. godine. Većina psiholoških varijabli bile su iste, ali uvedene su neke, tada, nove varijable. Od početnih 1479 ispitanika, ponovo su nakon 15 godina dobiveni podaci o 469 osoba (208 ili 44,3% muškarca i 261 ili 55,7% žena) - potvrđeno ih je 290 živih, 179 u međuvremenu umrlih, ali je konačno ispitano svega 99 (37 muškaraca i 62 žene, prosječne dobi 58 godina u 1. mjerenju, odnosno 72 godine u 2. mjerenju). Iz podataka longitudinalno prikupljenih na tom uzorku objavljeno je nekoliko temeljnih radova koji su sažeto prikazani u nastavku

ovog odjeljka (Despot Lučanin, 1997, 2003; Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2005; Lučanin, Despot Lučanin i Perković, 2005; Matulić, 1996).

Ponovnim ispitivanjem preživjelih osoba, najznačajnijim biološkim čimbenicima u određivanju starenja pokazali su se dob, spol i zdravstveno stanje (Despot Lučanin, 1997, 2003). Starija je dob bila snažno povezana sa slabljenjem funkcionalne 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.

Između ostalog, jedan od ciljeva bio je utvrditi kojim se čimbenicima mogu najbolje predviđati promjene u procesu starenja. Najznačajnijim prediktorima starenja pokazali su se: socijalna uključenost (1979. 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. Osobito je zanimljiva dugoročna važnost samoprocjene zdravlja, jer ona proizlazi iz procjene ukupnog stanja osobe - tjelesnog, psihičkog i socijalnog.

U sljedećem je radu ispitana stabilnost različitih pokazatelja zdravlja kod istih starijih osoba u razdoblju od 15 godina (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2005). Unatoč samoiskazima o općenito oslabljenom zdravlju, percepcija vlastitog zdravlja ispitanih starijih osoba ostala je stabilna u razdoblju od 15 godina. Stari ljudi su procijenili svoje zdravlje kao prosječno dobro i dobro, a više od 50% nije promijenilo svoju procjenu zdravlja unatoč oslabljenom zdravlju prema ostalim pokazateljima. Međutim, ipak se sa starenjem promijenila struktura pokazatelja zdravlja koji djelomično određuju i samopercepciju. Tako su prediktori samopercepcije (ili samoprocjene) zdravlja u prvom vremenu mjerenja bili psihosomatski simptomi (uglavnom psihološki određeni) i funkcionalna sposobnost (uglavnom određena tjelesnim čimbenicima). U drugom vremenu mjerenja, kad su ispitanici bili 15 godina stariji, dominantni prediktor samopercepcije zdravlja bila je funkcionalna sposobnost, zatim psihosomatske tegobe te dob – mlađa dob predviđa bolju samopercepciju zdravlja. Značenje i vrijednost zdravlja mijenja se tako da tjelesni kriteriji postaju manje bitni nego funkcionalna sposobnost, socijalni odnosi i opća dobrobit.

Sljedeći zanimljivi cilj istog istraživanja bio je provjeriti imaju li različiti postupci samoprocjene zdravlja različitu prognostičku snagu dužine života u starosti (Lučanin, Despot Lučanin i Perković, 2005). U tu su svrhu uspoređeni podaci sudionika za koje je bilo sigurno utvrđeno 1994. godine da su još živi s onima u međuvremenu umrlih. Za analizu podataka korištene su statističke tehnike analize preživljavanja. Varijable koje su pokazale povezanost s dužinom života osoba uključenih u uzorak jesu: spol, zdravstveno ponašanje, samoprocjena zdravlja, funkcionalna sposobnost i psihosomatske tegobe. Osobe koje su 15 godina ranije percipirale svoje zdravlje boljim, bile su bolje funkcionalne sposobnosti te imale manje psihosomatskih simptoma, imale su veću šansu za duži životni vijek. Većina ovih nalaza sukladna je nalazima drugih sličnih istraživanja o psihološkim čimbenicima

dužine života (Rakowski i Hickey, 1992; Strawbridge, Camacho, Cohen i Kaplan, 1993; Avlund, Schultz-Larsen i Davidsen, 1998).

Istovremeno, Matulić (1996) je usporedila opisani uzorak starijih osoba s uzorkom od 256 osoba (dobi 59-95 godina, prosječno 77 godina) koje su živjele u tadašnjim domovima umirovljenika u Zagrebu, prema doživljenom stresu, socijalnoj podršci i različitim aspektima zdravlja: tjelesnim, psihičkim i subjektivnim. Osobe koje su živjele u vlastitom domu primale su više socijalne podrške, svih vrsta, osobito najstariji stari, i bile su u prosjeku zdravije od institucionaliziranih starijih osoba. Glavni izvori socijalne podrške osoba u vlastitom domu bili su bračni partner i djeca, a starijih osoba u ustanovama djeca i šira obitelj. Socijalna podrška i stres pokazali su se značajnim prediktorima psihičkog i subjektivnog zdravlja, a dob tjelesnog, u obje skupine, što upućuje na potrebu starijih osoba za intervencijama usmjerenima na jačanje socijalne podrške i ublažavanje stresa, osobito institucionaliziranih starijih osoba.

Na osnovi spoznaja o temeljnoj povezanosti psiholoških čimbenika s procesom starenja, stečenih u opisanim istraživanjima, sljedeći je logični korak bio primijeniti te spoznaje na stvarnu životnu situaciju starijih ljudi u Hrvatskoj.

Istraživanja uloge psiholoških čimbenika u kvaliteti života u starosti

Od početka do sredine 1990-ih, tijekom Domovinskog rata u Hrvatskoj, mnogi stari ljudi doživjeli su velike promjene, uglavnom neugodne i neplanirane, u svom životu. Velik broj psihologa spremno se uključio u pomaganje ratnim stradalnicima, među kojima je bilo puno starih ljudi – prije svega u skupini prognanika i izbjeglica. Iz nastojanja da im se pomogne da se što lakše i bolje prilagode teškoj, neočekivanoj životnoj promjeni i da se spriječe negativne posljedice stresova i traumatskih iskustava na njihovo zdravlje, proizašao je niz stručnih članaka i tekstova o pružanju psihološke pomoći starim ljudima i o sprječavanju zdravstvenih rizika u starijoj skupini ratnih stradalnika (Despot Lučanin, 1993; Despot Lučanin i Ljubić, 1995; Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 1995). Ti su članci vrlo vrijedni i u svjetskim razmjerima jer u stranoj literaturi o toj temi tada nije bilo gotovo ničega.

Istovremeno, u psihologiji starenja u svijetu sve je veći naglasak na uspješnom starenju i značajkama ljudi koji stare dobro. Podršku tome konačno su dali Ujedinjeni narodi proglašenjem 1999. Međunarodnom godinom starijih ljudi, što je pripremano još od sredine 1990-ih godina (United Nations Report of the Secretary-General, 1995). Države su izradile nacionalne programe strategije skrbi za starije ljude, pa tako i Republika Hrvatska. Psihologijska istraživanja i osmišljavanje skrbi za starije ponovo se, nakon završetka rata, okreću utvrđivanju uloge psiholoških čimbenika u kvaliteti života starijih ljudi. U području zdravstvene psihologije starenja, glavni je cilj većine provedenih istraživanja bio usmjeren na održavanje neovisnosti i zdravlja u starosti te previđanje potreba za skrbi.

Kvaliteta života u starosti, iako povezana s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem, ne mora biti izravno ovisna o zdravstvenim čimbenicima (Lawton, 2001). Neki stari ljudi žive kvalitetno unatoč slabom zdravlju, i obrnuto. Upravo posredujući čimbenici, kao npr. psihološki i socijalni, imaju važnu ulogu u određivanju kvalitete starenja. Kvaliteta života starijih osoba obično se procjenjuje na temelju zadovoljenja nekih temeljnih potreba osobe – npr. za funkcionalnom sposobnošću, za socijalnom podrškom, za raznim uslugama zdravstvene i socijalne skrbi itd. te na temelju nekih psiholoških procjena – npr. zadovoljstva životom, psihičkog stanja, samoprocjene zdravlja itd.

U istraživanjima kvalitete života u Hrvatskoj pokazalo se zanimljivim ispitati upravo subjektivne psihološke procjene samih starijih osoba. U istraživanjima prirode povezanosti subjektivne dobi sa zdravstvenim stanjem, subjektivnim zadovoljstvom životom i procjenom raspoloženja ispitano je 118 osoba različite dobi (Kaliterna, 1998; Kaliterna Lipovčan i Prizmić Larsen, 1999, Kaliterna Lipovčan, Prizmić-Larsen i Šakić, 2002). Rezultati su pokazali da su razlike između kronološke i subjektivne dobi to veće što su osobe starije; međutim, oni ispitanici koji su se procjenjivali i osjećali mlađima od svoje kronološke dobi bili su i boljeg zdravstvenog stanja i sretniji, što ima važnu primjenu u predviđanju zdravstvenog stanja starijih osoba odnosno u zdravstvenoj prevenciji.

Upravo u cilju unaprjeđenja zdravlja i smanjenja funkcionalne onesposobljenosti starijih ljudi došlo je i do razvoja novih gerontotehnoloških rješenja zasnovanih na znanstvenim spoznajama o procesu starenja. Nova oprema, medicinska i komunikacijska, prilagođena je za kućnu uporabu, a cilj je zadovoljiti potrebe, zdravstvene i socijalne i omogućiti kvalitetnije življenje pojedinog starijeg korisnika. Psiholozi su i u tom području skrbi za zdravlje starijih ljudi dali svoj doprinos (Kaliterna i Vojnović, 1999; Kaliterna Lipovčan, 1999)

U sljedećem opisanom istraživanju, provedenom krajem 1990-ih godina, ispitanice su 2934 starije osobe (986 muškaraca i 1948 žena) iz svih područja Hrvatske, prosječne dobi 73 godine (60–103 godine). Cilj je bio je ispitati povezanost između samoprocjene tjelesnog i psihičkog zdravlja te zadovoljstva životom starijih osoba i njihovih potreba i dostupnosti usluga zdravstvene i socijalne skrbi te, na temelju toga, utvrditi mogućnost predviđanja potreba za uslugama skrbi (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006). Ispitane osobe s boljom samoprocjenom zdravlja i funkcionalnom sposobnošću, s manje psihosomatskih simptoma i većim zadovoljstvom životom izrazile su manje potreba za uslugama skrbi. Ispitane osobe s manje potrebe i većom dostupnošću usluga skrbi izrazile su veće zadovoljstvo životom i bolje procijenile svoje tjelesno i psihičko zdravlje. Najviše potreba imaju starije osobe koje žive same, kronično bolesne osobe te osobito najstariji muškarci koji žive sami. Rezultati su pokazali da se na temelju skupa različitih pokazatelja procjene vlastitog tjelesnog i psihičkog zdravlja te zadovoljstva životom odnosno njihovih međusobnih povezanosti, može u značajnoj mjeri predviđati potrebe za uslugama skrbi u starijoj populaciji.

U spomenutom istraživanju pokazale su se uočljive razlike u kvaliteti života starih ljudi u različitim područjima Hrvatske. Stoga je ispitano koji to čimbenici čine razlike. Analizirani su podaci poduzorka od 1262 starije osobe, prosječne dobi 74 godine (60-100), koje su živjele u vlastitom domu, u četiri različita područja Hrvatske: Zagreb, Istra, Dalmacija i Slavonija (Petрак, Despot Lučanin i Lučanin, 2006). Najugroženijom skupinom pokazali su se stariji ljudi u Istri – najviše ih živi samo (oko 50%), najmanje su zadovoljni svojim životom, a i samoprocjena zdravlja im je najslabija. Pomoću diskriminacijske analize utvrđeno je da skupine ispitanih starijih osoba iz četiri područja najbolje razlikuju dostupnost usluga skrbi i socijalna podrška, osobito druženje. Tako je dostupnost usluga skrbi bila najslabija u Istri, a najveća u području Zagreba. Što se tiče druženja, socijalna podrška u obliku druženja najmanje je bila prisutna u Istri, a najviše prisutna u Slavoniji.

Vrsta i količina socijalne podrške, odnosno veličina socijalne mreže vrlo su važne odrednice kvalitete i dužine života u starosti. I ostala istraživanja su pokazala da su različiti oblici socijalne podrške povezani s promjenama u tjelesnom i psihičkom zdravlju starijih osoba te da je manji mortalitet starijih osoba povezan s velikom socijalnom podrškom (Litwin, 1999; McCamish-Svensson, Samuelsson, Hagberg, Svensson i Dehlin, 1999; Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2007).

Rezultati istraživanja o kvaliteti života starih ljudi jasno pokazuju da se ona može procijeniti odnosno poboljšati samo ako se temelji na utvrđivanju specifičnih potreba starih ljudi, odnosno određivanja posebno ugroženih manjih skupina i pojedinaca. Suvremeni modeli pružanja usluga skrbi zahtijevaju da se procijene potrebe i prilagodba pojedinca prije nego se učini individualni plan skrbi koji se temelji na utvrđenim potrebama, osobnim, okolinskim i socijalnim, te se usklađuje s postojećim izvorima skrbi (Bowling, 2005; Woods, 1999).

Upravo u Istri, gdje se populacija starijih osoba pokazala značajno različitom od ostalih hrvatskih regija, provedena su dva novija istraživanja. Oba su istraživanja proveli psiholozi, ali uz usku suradnju s lokalnom upravom jer je cilj bio precizno definiranje specifičnih potreba starih osoba kako bi se prema tome prilagodila zdravstvena i socijalna skrb u lokalnoj zajednici. U prvom su istraživanju ispitane 452 osobe (202 muškarca i 250 žena) u dobi od 60 do 90 godina (prosječno 71 godina) u 12 mjesta, manjih gradova i grada u Istarskoj županiji, sa svrhom procjene demografskih, socijalnih i zdravstvenih obilježja te razine njihovih potreba, aktivnosti i zadovoljstva životom (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005). Očekivano, među glavnim problemima i značajnim događajima koje su ispitane starije osobe navele najčešće su bile nezgode, bolest i smrt (više od polovine). Međutim, većina pozitivnih događaja i izvora zadovoljstva životom odnosi se na obitelj i prijatelje (oko trećine). Temeljem dobivenih rezultata, određeni su prioriteti budućeg djelovanja na planu zaštite starijih osoba.

Drugo je istraživanje bilo usmjereno na definiranje obilježja ljudi koji uspješno stare (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008). Na jednoj skupini od 384 starije osobe (60 do 90 godina, 198 žena i 186 muškaraca) ispitana je percepcija samih starijih ljudi

o uspješnom starenju. Druga je skupina od 375 sudionika u dobi od 60 do 96 godina (211 žena i 164 muškarca, prosječne dobi 74 godine) ispitana s obzirom na niz obilježja i ponašanja. Među brojnim čimbenicima koji utječu na uspješno, odnosno zdravo starenje, utvrđena su tri temeljna koje sami stari ljudi najčešće ističu. To su zdrava prehrana, tjelesna aktivnost i životni optimizam, a pokazali su se povezanim s boljim samoprocijenjenim zdravljem, zadovoljstvom životom i srećom starijih osoba. Značajno je što su prehrana i tjelesna aktivnost pod utjecajem i kontrolom samih osoba, ali autorice zaključuju da se i na optimizam može djelovati u pozitivnom smislu te na to upućuju u predloženim intervencijama u radu sa starijim osobama.

Do sličnih su zaključaka doveli nalazi istraživanja i u drugim europskim zemljama: Španjolskoj, Njemačkoj, Italiji, Nizozemskoj, Švedskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu. Glavni "sastojci" kvalitete života u starosti jesu: "zdravlje, zlatnici i znanci", drugim riječima, uz objektivno i subjektivno zdravlje, glavne učinke pokazuju socioekonomski status i mreža socijalnih odnosa i podrške (prema Fernández-Ballesteros, 2006).

Dokazano važna uloga psiholoških čimbenika u predviđanju ili održavanju kvalitete života u starijoj dobi, osobito različitih samoprocjena zdravlja i funkcioniranja, zadovoljstva životom i socijalne podrške, omogućuje da se utvrđivanjem psihičkih značajki osoba koje se dobro nose s izazovima starosti lakše odredi smjer pružanja pomoći i preventivnih intervencija.

U svim prikazanim istraživanjima nije bila uključena još jedna skupina psiholoških čimbenika koja snažno djeluje na kvalitetu i dužinu života starijih ljudi, a to su kognitivne funkcije.

Istraživanja uloge kognitivnih funkcija u procesu starenja

Na Drugoj svjetskoj skupštini Ujedinjenih naroda o starenju, u Madridu 2002. godine predložen je II. međunarodni plan akcije o starenju, s posebnim preporukama za europsku regiju (United Nations Report of the Second World Assembly on Ageing, 2002) i predložen je Program istraživanja o starenju za 21. stoljeće (United Nations Programme on Ageing, 2002). Glavnim je izazovom 21. stoljeća proglašena potreba smanjenja ovisnosti i nemoći starih ljudi koji žive sve dulje. Zbog naglašene uloge psihologa u rješavanju spomenutih problema, taj je izazov prihvatilo i udruženje europskih psihologa, EFPA, 2005. godine uvođenjem radne skupine za psihologiju starenja (European Federation of Psychologists' Associations, 2005). Predviđena su tri glavna istraživačka cilja: *starenje i razvoj*, što podrazumijeva istraživanja kompetencija starih ljudi u svrhu promicanja optimalnog starenja; *promicanje zdravlja i dobrobiti u starosti*, što podrazumijeva istraživanje kognitivnih promjena u starenju, u svrhu razvijanja metoda procjene za rano otkrivanje kognitivnog oštećenja i demencije te metoda održavanja kognitivnih sposobnosti; *osiguravanje poticajne i podupiruće okoline*, što podrazumijeva istraživanje i razvoj metoda procjene odnosa između starije osobe i okoline, stavova o starenju

te zadovoljstva životom u ustanovi, povezano s istraživanjima čimbenika kvalitete života u starosti (European Federation of Psychologists' Associations, 2007).

I psiholozi u Hrvatskoj prate spomenute preporuke i dalje razvijaju istraživanja usmjerena na optimalno starenje i kvalitetu života, osobito spomenuta skupina u Puli. Međutim, pokreću se i prva složenija istraživanja čimbenika promjene u kognitivnom funkcioniranju starijih ljudi.

Istraživanja promjena u kognitivnim funkcijama u procesu starenja provode se dugi niz godina, u svijetu (Baltes, 1993; Christensen, Henderson, Griffiths i Levings, 1997; Salthouse, 1989) i u Hrvatskoj (Matešić, 1985, 1986). Glavni poticaj tim istraživanjima u novije vrijeme proizlazi iz činjenice da je demencija, s produljenjem životnog vijeka, postala najučestalija psihička bolest u starosti – njezina prevalencija udvostručuje se gotovo svakih 5 godina od 60 do 90 godina starosti (Fernández-Ballesteros, 2006). U početnim stadijima demencije vrlo je teško utvrditi radi li se o kognitivnom opadanju, blagom kognitivnom oštećenju ili o demenciji. Stoga su istraživači suočeni s tri glavna problema: kako predvidjeti kognitivno opadanje i oštećenje u osoba koje još normalno funkcioniraju; kako predvidjeti tijek razvoja blagog kognitivnog oštećenja u demenciju; koliki je preostali, rezervni kognitivni kapacitet osoba s demencijom. Dakle, cilj je istraživanja usmjeren na rano otkrivanje kognitivnog oštećenja, ali i na razvoj programa održavanja preostalih sposobnosti dementnih osoba (Fernández-Ballesteros, 2006). Međutim, i epidemiološke studije starenja posljednjih godina sve više uključuju praćenje kognitivnih promjena kao jednog od čimbenika dužine života. Naime, u kontekstu sve većeg zanimanja istraživača za proučavanje Alzheimerove bolesti, osim neuroloških istraživanja, pojavljuju se i interdisciplinarna istraživanja koja nastoje utvrditi povezanost i djelovanje bioloških i psiholoških čimbenika na kognitivne funkcije i njihove promjene u procesu starenja (Andel, Hughes i Crowe, 2005; Bašić, Katić, Vranić, Zarevski, Babić i Mahović-Lakušić, 2004; Waldstein i Elias, 2003). Tako npr. Berlinska studija starenja (Verhaeghen, Borchelt i Smith, 2003) i MacArthur studija uspješnog starenja (Karlamangla, Singer, Reuben i Seeman, 2004) uključuju istraživanje povezanosti rizičnih čimbenika kardiovaskularnih bolesti s promjenama u kognitivnim funkcijama starijih osoba. Iako rezultati raznih istraživanja nisu jednoznačni, uglavnom upućuju na to da bi povišeni krvni tlak, visoka razina kolesterola i drugi rizični čimbenici mogli biti prediktori opadanja kognitivnih sposobnosti u starijih osoba.

Trenutno se u Zagrebu provodi istraživanje, longitudinalnog nacрта, kojim se nastoji multidisciplinarnom istraživačkom suradnjom obuhvatnije pristupiti utvrđivanju povezanosti između zdravlja, s naglaskom na rizičnim čimbenicima kardiovaskularnih bolesti i kognitivnih funkcija u starosti¹. U prvom je mjeranju ispitano 557

1 Ovo je istraživanje dio znanstvenog projekta "Biološki, psihološki i socijalni čimbenici dužine života i zdravlja u starosti" (217-000000-2491) te je djelomično financirano od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske.

starijih osoba iz 11 zagrebačkih domova za starije i nemoćne osobe (157 muškaraca i 400 žena; dobi 56-96 godina, prosječno 79 godina). Osim niza psihosocijalnih varijabli, izmjereno je i kognitivno funkcioniranje starijih osoba, utvrđeno njihovo objektivno zdravlje temeljem liječničkog pregleda, a biološke varijable izmjerene su analizom uzoraka venske krvi. Nakon dvije godine ponovit će se mjerenje na istim sudionicima kako bi se utvrdile promjene, prije svega u kognitivnom funkcioniranju. Prvi objavljeni rezultati iz ovog istraživanja odnose se na povezanost između depresivnosti i kognitivnog funkcioniranja na poduzorku od 270 osoba (83 ili 31% muškaraca i 187 ili 69% žena, u dobi 60-96 godina, prosječno 79 godina stari), iz šest domova za starije i nemoćne osobe (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2008). 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. Međutim, najsnažniji prediktori slabijeg kognitivnog funkcioniranja su starija dob i niža razina obrazovanja, a nešto manje snažni, ali ipak značajni su kronična bolest i depresivnost. Dakle, depresivnost i kognitivno funkcioniranje u starijoj dobi ipak nisu neovisne pojave, odnosno dijele neke zajedničke čimbenike. Sljedeće analize rezultata će pokazati koje.

Ove spoznaje mogu proširiti znanja važna za prevenciju bolesti i rizika od rane smrti. Znanja o rizičnim čimbenicima koji su povezani s tjelesnim bolestima tipičnima za stariju dob, ali koji se pokazuju rizičnima i za psihičko i socijalno funkcioniranje starije osobe, mogu biti korisna zdravstvenim i ostalim stručnim djelatnicima koji dolaze u dodir sa starijim ljudima, kako bi im mogli pružiti primjereno savjetovanje o načinima smanjivanja rizičnih ponašanja na što manju mjeru. Osim toga, rano otkrivanje skupina starijih ljudi sklonih kognitivnom opadanju omogućuje interveniranje primjenom specifičnih strategija za održavanje kognitivnog funkcioniranja u starijoj dobi, kao što je, na primjer, tzv. kognitivni trening.

ZAKLJUČAK

Postignut je značajan napredak u znanstvenom spoznavanju uloge psiholoških čimbenika u zdravlju i starenju ljudi. Istraživanja postaju sve složenija i, većinom, interdisciplinarna. Psiholozi u Hrvatskoj, na istraživačkoj i znanstvenoj razini, potpuno su u trendu s kolegama u europskim i drugim zemljama. Broj objavljenih stručnih i znanstvenih članaka i drugih tekstova – priručnika, poglavlja u knjigama i knjiga, također je zamjetljiv. Zastupljenost obrazovnih sadržaja iz zdravstvene psihologije i starenja vrlo je zadovoljavajuća u visokoškolskim obrazovnim programima, na dodiplomskim i poslijediplomskim studijima, osobito specijalističkim i doktorskim, te u trajnom obrazovanju, za psihologe, medicinske sestre, fizioterapeute i socijalne radnike, rjeđe i za liječnike. Međutim, sada se očekuje primjena tih spoznaja u praktičnim intervencijama. To znači da bi zdravstvena psihologija starenja trebala biti sastavnim dijelom standardne medicinske prakse, ali i socijalne

skrbi. Da bi se to postiglo, trebala bi biti uključena u suvremeni pristup u medicini, tzv. evidence-based ili pristup zasnovan na dokazima. Nažalost, na toj razini, primjena psiholoških spoznaja u Hrvatskoj daleko zaostaje za europskim i drugim zemljama. Radno mjesto zdravstvenog psihologa u hrvatskom zdravstvu ne postoji, već te poslove obavljaju uglavnom postojeći klinički psiholozi ili, još slabije određeno, psiholozi u zdravstvu, a u području socijalne skrbi o starijim ljudima, npr. u ustanovama za starije i nemoćne osobe i ostalim oblicima skrbi za starije ljude nema niti jednog zaposlenog psihologa.

Međutim, osim znanstvene, obrazovne i stručne razine, kad se razmatra zdravlje i starenje ne manje značajna je i individualna razina. U svjetlu sve prisutnijeg stava u području kvalitete života i skrbi o starijima da je svaki pojedinac odgovoran za vlastito starenje, svaku bi osobu trebalo zanimati kako će osigurati kvalitetan život u vlastitoj starosti. Svaki odrasli čovjek danas može učiniti puno za svoj život u budućnosti. Promjena stava prema starenju i starosti te prilagodba načina života u pozitivnom smjeru vodi k cilju svakog čovjeka - da dobro, uspješno stari i živi u starosti.

LITERATURA

- Akrap, A. (1999). Demografsko starenje – kretanja u Hrvatskoj i u svijetu. U: M. Pokrajčić, M. Havelka, A. Balaband, V. Mastela Bužan (ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj*, 13-41. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
- Aldwin C.M., Spiro A., Park C.L. (2006). Health, behavior and optimal aging: a lifespan developmental perspective. U: J.E. Birren, K.W.Schaie (ur.), *Handbook of the psychology of aging*, 85-104. San Diego: Academic Press.
- Andel, R., Hughes, T.F., Crowe, M. (2005). Strategies to reduce the risk of cognitive decline and dementia. *Aging Health*, 1, 107-116.
- Ambrosi-Randić, N., Plavšić, M. (2008). *Uspješno starenje*. Pula: Društvo psihologa Istre.
- Baltes, P.B. (1993). The aging mind: Potentials and limits. *Gerontologist*, 33, 580-594.
- Bašić, J., Katić, S., Vranić, A., Zarevski, P., Babić, T., Mahović-Lakušić, D. (2004). Cognition in Parkinson's disease. *Croatian Medical Journal*, 45, 451-456.
- Berg, C.A., Smith, T.W., Henry, N.J.M., Pearce, G.E. (2007). A developmental approach to psychosocial risk factors and successful aging. U: C.M. Aldwin, C.L. Park, A. Spiro (ur.), *Handbook of health psychology and aging*, 30-53. New York: The Guilford Press.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- Brandtstädter, J., Greve, W. (1994). The ageing self: stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Christensen, H., Henderson, A.S., Griffiths, K., Levings, C. (1997). Does ageing inevitably lead to declines in cognitive performance? A longitudinal study of elite academics. *Personality & Individual Differences*, 23, 67-78.
- Davis, M.C., Zautra, A.J., Johnson, L.M., Murray, K.E., Okvat, H.A. (2007). Psychosocial stress, emotion regulation, and resilience among older adults. U: C.M. Aldwin, C.L.

- Park, A. Spiro (ur.), *Handbook of health psychology and aging*, 250-266. New York: The Guilford Press.
- Defilipis, B., Havelka, M. (1984). *Stari ljudi*. Zagreb: Stvarnost.
- Despot Lučanin, J. (1993). Stariji ljudi u progonstvu - stres i mogućnosti prilagodbe. U: D. Ajduković (ur.), *Psihološke dimenzije progonstva*, 111-123. Zagreb: Alinea.
- Despot Lučanin, J. (1997). *Longitudinalna studija povezanosti psiholoških, socijalnih i funkcionalnih čimbenika u procesu starenja*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Zagreb.
- Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D., Havelka, M. (2006). Kvaliteta starenja – samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 15, 801-17.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D., Havelka, M. (2007). Family, Social Support and Quality of Life of Aged People in Different Regions of Croatia. U: V. Čubela Adorić, (ur.), *Book of Selected Proceedings of the 15th Psychology Days*, 93-107. Zadar: University of Zadar.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D., Havelka M. (2008). The state of mind and the state of mood: Cognitive function and depression in old institutionalized people. Abstracts book of the 22nd Annual Conference of the European Health Psychology Society. *Psychology and Health*, 23, Suppl. 1, 103-104.
- Despot Lučanin, J., Ljubić, M. (1995). Priprema starijih prognanika za povratak. U: M. Krizmanić (ur.), *Povratak prognanika: psihološka, socijalna, zdravstvena i duhovna priprema*, 91-96. Zagreb: Dobrotvorno udruženje Dobrobit.
- Državni zavod za statistiku (2003). *Statistički ljetopis*. Pretraženo: 11. lipnja 2004. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/ljetopis2002.pdf>.
- Eisdorfer, C., Wilkie, F. (1977). Environmental and health influences on aging and behavior. U: J.E. Birren, K.W. Schaie (ur.), *Handbook of the psychology of aging*, 249-275. New York: Van Nostrand Reinhold.
- European Federation of Psychologists' Associations (2005). *Task Force on Geropsychology Report*. Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: <http://www.efpa.eu/reports/reports-general-assembly-2005>.
- European Federation of Psychologists' Associations (2007). *Activity Report 2005 – 2007 of the Executive Council*. Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: http://www.efpa.be/doc/EFPA_Activity_Report_2005-2007.pdf.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist*, 11, 312–323.
- Havelka, M. (1988a). *Sociopsihološki i biološki korelati starosti i starenja gradske populacije*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Zagreb.
- Havelka, M. (1988b). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., Lučanin, D. (1995). Psychological reactions to war stressors among elderly displaced persons in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 36, 262-265.
- Jackson, J.S. (1996). A life-course perspective on physical and psychological health. U: R.J. Resnick, R.H. Rozensky (ur.), *Health psychology through the life span*, 39-57. Washington, DC: American Psychological Association.

- Kaliterna, Lj. (1998). Jesmo li stari koliko imamo godina ili koliko se starima osjećamo? *Društvena istraživanja*, 7, 873-883.
- Kaliterna, Lj., Vojnović, F. (1999). Gerontotehnologija – nova disciplina. U: S. Tomek Roksandić i sur. (ur.), *Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999*, 76-81. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske.
- Kaliterna Lipovčan, Lj. (1999). Uloga novih tehnologija u pomaganju starijima. U: M. Pokrajčić, M. Havelka, A. Balaband, V. Mastela Bužan (ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj*, 97-100. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
- Kaliterna Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z. (1999). Znanstveno-istraživački projekti Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar o problemima starijih osoba. U: M. Pokrajčić, M. Havelka, A. Balaband, V. Mastela Bužan (ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj*, 101-105. Zagreb: Vlada republike Hrvatske.
- Kaliterna Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z., Šakić, V. (2002). Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje. *Društvena istraživanja*, 11, 897-908.
- Karlamangla, A.S., Singer, B.H., Reuben, D.B., Seeman, T.E. (2004). Increases in serum non-high-density lipoprotein cholesterol may be beneficial in some high-functioning older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 487-494.
- Knight, B.G. (1999). Psychodynamic therapy and scientific gerontology. U: R.T. Woods (ur.), *Psychological problems of ageing: assessment, treatment and care*, 293-310. Chichester: Wiley.
- Lawton, M.P. (2001). Quality of life and the end of life. U: J.E. Birren, K.W. Schaie (ur.), *Handbook of the psychology of aging*, 593-616. San Diego: Academic Press.
- Litwin, T. (1999). Support network type and patterns of help giving and receiving among older people. *Journal of Social Service Research*, 24, 83-101.
- Lučanin, D., Despot Lučanin, J., Perković, L. (2005). Can self-perceived health variables predict survival in old age? *Abstracts of the 7th Alps-Adria Conference in Psychology, June 1-3; Zadar, Hrvatska*, 102. Zadar: University of Zadar.
- Matešić, K. (1985). Intelektualne sposobnosti u zreloj i starijoj životnoj dobi. *Primijenjena psihologija* 6, 266-279.
- Matešić, K. (1986). Pregled faktora koji mogu utjecati na intelektualnu uspješnost tokom života. *Primijenjena psihologija* 7, 127-137.
- Matulić, V. (1996). *Socijalna podrška, stres i zdravlje kod starijih osoba*. Magistarski rad. Filozofski fakultet, Zagreb.
- McCamish-Svensson C, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. (1999). Informal and formal support from a multi-disciplinary perspective: a Swedish follow-up between 80 and 82 Years of Age. *Health and Social Care in the Community*, 7, 163-76.
- Mroczek, D.K., Spiro, A., Griffin, P.W. (2006). Personality and aging. U: J.E. Birren, K.W.Schaie (ur.), *Handbook of the psychology of aging*, 363-377. San Diego: Academic Press.
- Ory, M.G., Abeles, R.P., Darby Lipman, P. (1992). Introduction: an overview of research on aging, health, and behavior. U: M.G. Ory, R.P. Abeles, P. Darby Lipman (ur.), *Aging, health, and behaviour*, 1-23. Newbury Park, CA: Sage.
- Petrak, O., Despot Lučanin, J., Lučanin, D. (2006). Kvaliteta starenja – neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 13, 37-51.

- Plavšić, M., Ambrosi-Randić, N. (2005). *U sjeni ladonje: slika starenje u Istri*. Pula: Društvo psihologa Istre.
- Rogers, R.G. (1995). Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals. *Population and development review*, 21, 33-58.
- Salthouse, T.A. (1989). Age related changes in basic cognitive processes. U: M. Storandt, G.R. VandenBos (ur.), *The adult years: continuity and change*, 5-40. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley and Sons.
- Schaie, K.W., Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Siegler, I.C. (1989). Developmental health psychology. U: M. Storandt, G.R. VandenBos (ur.), *The adult years: continuity and change*, 119-142. Washington, DC: American Psychological Association.
- United Nations General Assembly (1991). United Nations Principles for Older Persons (resolution 46/91). Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: http://www.un.org/ageing/iyop_proclamation.html.
- United Nations Report of the Secretary-General (1995). *Conceptual Framework of a programme for the preparation and observance of the International Year of Older Persons in 1999. (A/50/114)*. Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: <http://www.un.org/documents/ga/res/50/a50r141.htm>.
- United Nations Report of the Second World Assembly on Ageing (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*. Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: http://www.un.org/ageing/madrid_intlplanaction.html.
- United Nations (2002). *Programme on Ageing*. Pretraženo: 22. prosinca 2008. Dostupno na: <http://www.un.org/ageing/researchagenda.html>
- Verhaeghen, P., Borchelt, M., Smith, J. (2003). Relation between cardiovascular and metabolic disease and cognition in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from the Berlin aging study. *Health Psychology*, 22, 559-569.
- Waldstein, S.R., Elias, M.F. (2003). Introduction to the special section on health and cognitive function. *Health Psychology*, 22, 555-558.
- Woods, R.T. (1999). Psychological assessment of older people. U: R.T. Woods, (ur.), *Psychological problems of ageing: assessment, treatment and care*, 219-252. Chichester: Wiley.

HEALTH PSYCHOLOGY OF AGEING –
REVIEW OF THE FIELD AND OF THE RESEARCH IN CROATIA

Summary

The main focus of the health psychology of ageing is on optimal ageing, and objectives are the application of psychological knowledge in disease prevention and improvement in the quality of life for healthy and ill older persons. Psychologists recommend the study of optimal ageing with regard to individual differences and plasticity because the manner and rate of aging are strongly affected by health, health behaviors and some psychosocial factors.

This article is a short review of research on the factors of aging process in Croatia, from 1979 until today, in parallel with research trends in other countries. The main aim was to define the role of psychological factors and their interaction with others in determining aging and quality of life in old age. The reviewed research was on the basic role of psychological factors in the aging process, the role of psychological factors in the quality of life in old age, and the role of cognitive functions in the aging process. The ultimate aim is to apply the acquired knowledge in health and social practices.

Key words: health psychology, aging, quality of life, research

