

DOI 10.17234/SocEkol.30.2.2
UDK 159.913-057.75
159.922.63
364.624.2:331.106.47

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: 10. 04. 2020.
Prihvaćeno: 30. 07. 2020.

RAZLIKE U PRILAGODBI NA UMIROVLJENJE S OBZIROM NA SAMOPROCJENU ZDRAVLJA I PERCEPCIJU SOCIJALNE PODRŠKE

Želimir Bertić, Mirjana Telebuh i Gordana Grozdek Čovčić

Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije
Matice hrvatske 15, 43 000 Bjelovar
e-mail: bertic.z@gmail.com

Sažetak

Zbog sve većeg broja starijeg stanovništva povećava se i broj osoba koje žive u statusu umirovljenika. Kako bi osobe postigle što bolju kvalitetu života i očuvale svoj potencijal te i u starijoj dobi nastavile davati doprinos društvu, potrebno je kontinuirano provoditi istraživanja o prilagodbi na umirovljenje. Fokus ovoga istraživanja usmjeren je na dobivanje jasnijeg uvida u prilagodbu starijih osoba na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu zdravlja i percepciju socijalne podrške te na mogućnost prepoznavanja faktora kojima bi se moglo djelovati u poboljšanju loše prilagodbe na umirovljenje. Istraživanje je provedeno u jesen 2019. godine, a uključivalo je 208 osoba oba spola starijih od 65 godina, bez tjelesne invalidnosti ili teških tjelesnih, kognitivnih ili mentalnih bolesti, koje žive u Domu umirovljenika u Bjelovaru i koji su korisnici gerontoloških centara u Zagrebu. Razlike u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu vlastitog zdravlja i percepciju socijalne podrške razmatrane su prema Atchleyevom (2000) modelu prilagodbe na umirovljenje. Dobiveni rezultati potvrđuju konceptualne pretpostavke ranijih istraživanja te ukazuju na pozitivniju orijentiranost prema životu u mirovini ispitanika s boljim rezultatima u samoprocjeni vlastitog zdravlja i percepciji socijalne podrške. Razlozi tomu mogli bi biti bolje zdravlje koje pojedincu pruža mogućnost da ostane više društveno aktivan i bude usmjeren na svoju ulogu umirovljenika, a stalna socijalna podrška pomaže u postizanju pozitivnih iskustava tijekom prilagodbe na umirovljenje. Rezultate predstavljene u ovom radu treba promotriti i u kontekstu otvaranja prostora za daljnja istraživanja, ali i za nove rasprave u području zdravstvenih i socijalnih pitanja budućih i trenutnih umirovljenika.

Ključne riječi: *Atchleyev model, prilagodba na umirovljenje, samoprocjena zdravlja, socijalna podrška, umirovljenje, zdravlje*

1. UVOD

Europa se suočava sa sve ozbiljnijim demografskim problemima pri čemu većina zemalja doživljava demografski pad, a ubrzano starenje znatno utječe na njihov ekonomski razvoj i socijalne prilike (Eatock, 2019). Kada usporedimo dobnu strukturu stanovništva Hrvatske s podacima drugih zemalja, vidimo da Hrvatska spada u skupinu europskih zemalja s najvećim udjelom stanovnika starosti preko 65 godina (20,4%) u odnosu na ukupan broj stanovništva (Eurostat, 2016; DZS, 2019) te da je ušla u etapu demograf-

ske starosti koja kontinuirano raste (Wertheimer-Baletić, 2012). Zbog sve većeg broja starog stanovništva povećava se i broj osoba koje duže žive u statusu umirovljenika (Eurostat, 2016) pa se danas razdoblje mirovine smatra redovitim dijelom životnog ciklusa (Mortimer i Moen, 2016). Zbog boljih uvjeta života u razvijenim društvima ljudi žive duže, očuvan im je potencijal te u starijoj životnoj dobi mogu nastaviti davati svoj doprinos društvu u raznim područjima (Svjetska zdravstvena organizacija, 2011).

1.1. Umirovljenje i starenje

Umirovljenje je tranzicijska životna faza koja traje nekoliko godina tijekom kojih su moguće razne intervencije s ciljem bolje prilagodbe na život u mirovini (Pinquart i Schindler, 2007; Denton i Spencer, 2009; Brajković, 2011; Ovsenik i sur., 2012). Proces prilagodbe na mirovinu mnogo je složeniji nego što se ranije mislilo, ne samo zbog mnoštva faktora koji mogu utjecati na taj proces (faktori okoline, socijalni ili osobni faktori), nego i zbog toga što su sami faktori u različitim međusobnim odnosima (Wang, 2007; van Solinge i Henkens, 2008; Brajković, 2010; Wang i Shi, 2014). Odlaskom u mirovinu, stoga, može doći do različitih promjena u životu pojedinaca i njihovih obitelji, a te promjene mogu biti pozitivne (npr. više vremena provedenog kod kuće, više slobodnog vremena za članove obitelji i prijatelje) i negativne (npr. smanjenje prihoda, gubitak samopoštovanja uslijed povlačenja iz radne uloge, gubitak poslovnih socijalnih kontakata, gubitak identiteta kao pripadnika profesije te promjene u obiteljskim odnosima) (Brajković, 2010; van Solinge, 2012). Umirovljenje je stresno razdoblje za pojedince, a loša prilagodba na umirovljenje može negativno utjecati na njihovo zdravlje te uzrokovati pad kvalitete socijalnih kontakata, smanjenje zadovoljstva životom, usamljenost i depresiju (Pinquart i Schindler, 2007; Alavinia i Burdorf, 2008).

1.2. Teorijski okvir

Dominantne teorije vezane uz proces starenja i umirovljenje razvijene su u 1960-ima i 1970-ima, ali i dalje nastavljaju generirati interes i poticati na promišljanja (Touhy i Jett, 2014).

Teorija uloga (engl. *role theory*) objašnjava odlazak u mirovinu kao aktiviranje prijelazne uloge, što može oslabiti ili ukloniti ulogu radnika te ojačati ulogu člana obitelji i člana zajednice (von Bonsdorff i sur., 2009; Carr i Kail, 2013; Wang i Shi, 2014). Teorija tvrdi da promjena uloge može dovesti do pozitivnih i negativnih posljedica prilagodbe, što ovisi o tome je li prijelazna uloga poželjna te podudara li se s vrijednostima i ciljevima pojedinca (Wang, 2007; Taylor i sur., 2007).

Tranzicija promjene uloge mogla bi se odvijati pozitivno ako se umirovljenika motivira da zadrži svoj identitet radne uloge, počne uživati u drugim ulogama ili stvori novu središnju životnu ulogu (Wang i sur., 2008). S druge strane, ako se pojedinac povuče iz neugodne radne okoline, mogao bi biti zadovoljan gubitkom radne uloge jer stresan posao, mala plaća i loši odnosi u kolektivu mogu učiniti posao nepoželjnim (Wang i sur., 2008).

U svojoj modifikaciji teorije kontinuiteta (engl. *continuity theory*) Atchley i Barusch (2004) smatraju da odrasli razvijaju okvire razmišljanja i obrasce ponašanja koje pokušavaju zadržati unatoč izraženim promjenama u vlastitom okruženju, a pomažu im da se prilagode na promjene u životu koje se događaju tijekom starenja. Teorija kontinuiteta jedna je od najčešće korištenih teorija u istraživanju umirovljenja, posebice u kontekstu u kojem se odlazak u mirovinu smatra procesom prilagodbe (Wang i Shultz, 2010:177). Penezić i sur. (2014:65) navode da je Atchley (1976, 2004) pomoću teorije kontinuiteta razvio model kojim se proces umirovljenja promatra kroz niz prilagodbi predstavljenih u sedam faza: faza kad je umirovljenje još daleko, faza pred umirovljenje, faza medenog mjeseca, faza razočaranja, faza reorijentacije, faza stabilnosti i terminalna faza. Atchleyev model (1976, 2004) u ovome istraživanju korišten je za procjenu prilagodbe na umirovljenje te kao konceptualni model. Prema istraživanju provedenom na uzorku hrvatskih umirovljenika bilježi se postojanje faze pripreme, faze medenog mjeseca, faze razočaranja, faze stabilnosti i terminalne faze, ali nije potvrđena faza reorijentacije već je identificiran faktor radne reaktivacije bez ponovnog zaposlenja sa svrhom zarađivanja za život (Penezić i sur., 2006:70). Iako su viši rezultati u fazi pripreme, medenog mjeseca i stabilnosti povezani s boljom prilagodbom na umirovljenje, a viši rezultati u fazi razočaranja i terminalnoj fazi s lošijom prilagodbom (Atchley i Barusch, 2004), nije konceptualno jasno kako prepoznata faza radne reaktivacije među hrvatskim umirovljenicima utječe na uspješnost prilagodbe na umirovljenje.

1.3. Zdravlje, socijalna podrška i prilagodba na umirovljenje

Zdravstveni je status važan za životno zadovoljstvo u svim životnim fazama, uključujući i razdoblje umirovljenja. Zdravstvene promjene tijekom prijelaza iz radne uloge u mirovinu imaju negativan utjecaj na blagostanje i zadovoljstvo umirovljenjem (Wang, 2007; van Solinge i Henkens, 2008). Također, pokazalo se da zdravstveno stanje umirovljenika prije odlaska u mirovinu (npr. teška bolest prije umirovljenja) značajno utječe na prilagodbu na umirovljenje (Zhan i sur., 2009). Prema istraživanjima, jedan od bitnih faktora koji je povezan s prilagodbom na umirovljenje je zdravlje (de Vaus i sur., 2007; Donaldson i sur., 2010; Kubicek i sur., 2011). Zdravlje utječe na stavove i poglede na proces umirovljenja te na željeni ili prijevremeni odlazak u mirovinu (van den Berg i sur., 2010; Heybroek, 2011). Pritom će se osobe boljeg zdravlja lakše prilagoditi na umirovljenje (van der Heide i sur., 2013). Cai (2010) je putem dobivenih podataka iz HILDA ankete s Instituta Melbourne utvrdio da je zdravlje značajno povezano s radnom sposobnošću te da utječe na to koliko će starija osoba ostati radno aktivna (Cai i Kalb, 2006; Cai, 2010). Lošije zdravlje ili invaliditet najčešći su faktori koji „guraju“ osobe izvan tržišta rada, a posebno su značajni za osobe u pedesetim i šezdesetim godinama (Phillipson i Smith, 2005). Zdravstveni problemi mogu biti jedan od glavnih razloga odlaska u mirovinu kao i ranijeg umirovljenja, što se kasnije može odraziti na prilagodbu na umirovljenje (Phillipson i Smith, 2005; van den Berg i sur., 2010; van der Heide i sur., 2013). Zdravstveni problemi ograničavaju mogućnosti održavanja starih te započinjanja novih aktivnosti pa time mogu ometati i planove slobodnog vremena pojedinca nakon umirovljenja (Chung i sur., 2009; van So-

linge, 2012). Problemi sa zdravljem utjecat će na svakodnevno funkcioniranje te će vjerojatno ograničiti socijalne aktivnosti umirovljenika i njihovu uključenost u zajednici, što će se negativno odraziti na njihovo psihološko blagostanje (Wang, 2007). Loše psihološko blagostanje umirovljenika često se manifestira kao faktor rizika za razvoj maladaptivnog ponašanja (Wang, 2012: 13).

Proces starenja često prati pad fizičkih i kognitivnih funkcija i gubitak članova socijalne mreže, što može dovesti do povećanja potrebe starijih osoba za socijalnom podrškom. Socijalna podrška može biti oblik primanja informacija potrebnih za rješavanje problema (informativna podrška), a može uključivati i primanje konkretnih potrebnih resursa kao što je prijevoz (instrumentalna podrška) ili ljubavi od drugih (emocionalna podrška) (Taylor i sur., 2008). Socijalna podrška važan je faktor za postizanje pozitivnih iskustva i zadovoljstva umirovljenjem (Taylor i sur., 2008; Price i Balaswamy, 2009). U ovom je istraživanju utvrđeno da se ponašanja koja prethode umirovljenju (kao što je razgovor s drugima o umirovljenju) sve češće javljaju što je stvarno umirovljenje bliže. Također je utvrđeno da su mnogim ljudima koji su se pripremali na umirovljenje umirovljeni prijatelji uglavnom služili kao model za prilagodbu, a postojanje bliskog umirovljenog prijatelja imalo je pozitivan učinak na prilagodbu na umirovljenje (Warner i Willis, 2001; Noone i sur., 2009). Socijalna podrška i integracija u obliku kontakata s obitelji i prijateljima pozitivno utječe na prilagodbu na umirovljenje (Osborne, 2012). Obitelj, posebice odrasla djeca, pretežno pružaju neformalnu a daljnja rodbina emocionalnu podršku (Podgorelec i Klempić, 2007). Hershey i sur. (2010) u svom su istraživanju pokazali da socijalna podrška partnera ima važan pozitivan učinak na prilagodbu na umirovljenje, a potpora vršnjaka i prijatelja može povećati jasnoću ciljeva mirovine i olakšati planiranje te naposljetku i prilagodbu na umirovljenje. Obiteljska podrška kao i bračna kvaliteta utječu na stavove pojedinca prema radu i umirovljenju (Shultz i Olson, 2012).

2. CILJEVI I HIPOTEZE RADA

Cilj je istraživanja utvrditi razliku u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu vlastitog zdravlja i percepciju primljene socijalne podrške kod osoba koje žive u institucijama za skrb starijih osoba i onih koji su korisnici gerontoloških centara.

Iz prethodno predstavljenih empirijskih spoznaja i teorijskih koncepata proizlaze sljedeće hipoteze:

- Prilagodba starijih osoba na umirovljenje bit će različita u odnosu na razinu njihove samoprocjene zdravlja. Ova hipoteza operacionalizirana je u dvije testirajuće hipoteze: prilagodba starijih osoba na umirovljenje bit će različita u odnosu na razinu njihove samoprocjene tjelesnog zdravlja (H1) i samoprocjene psihičkog zdravlja (H2).
- Prilagodba starijih osoba na umirovljenje bit će različita u odnosu na razinu njihove percepcije socijalne podrške. Ova hipoteza operacionalizirana je u dvije testirajuće hipoteze: prilagodba starijih osoba na umirovljenje bit će različita u odnosu na razinu njihove percepcije socijalne podrške obitelji (H3) i percepcije socijalne podrške prijatelja (H4).

3. METODOLOGIJA

3.1. Uzorak i prikupljanje podataka

Kvantitativno istraživanje metodom anketnog upitnika provedeno je u jesen 2019. godine, a uključivalo je osobe oba spola starije od 65 godina, bez tjelesne invalidnosti ili teških tjelesnih, kognitivnih ili mentalnih bolesti, koje žive u Domu umirovljenika u Bjelovaru ili su korisnici gerontoloških centara Maksimir i Sveta Ana u Zagrebu. Također, bitan preduvjet za istraživanje bio je da ispitanici imaju status umirovljenika koji je definiran time da nisu zaposleni i da primaju mirovinu iz mirovinskog fonda. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i povjerljivo.

Anketni upitnik ispunilo je 208 sudionika/ca, 108 (51,94%) iz Doma umirovljenika Bjelovar i 94 (45,18%) iz gerontoloških centara u Zagrebu, a zbog većeg broja podataka koji u njima nedostaju šest upitnika (2,88%) je isključeno iz analize.

3.2. Instrumenti

Prvi dio upitnika sastojao se od četiri sociodemografska pitanja: spol, dob, bračni status (u bračnoj / izvanbračnoj zajednici, neoženjen / neudana, razveden/a, udovac/ica) i obrazovanje (bez škole, osnovna škola, srednja škola, viši stupanj, visoki stupanj, magisterij znanosti, doktorat znanosti).

Drugi dio anketnog upitnika sastojao se od standardizirane hrvatske verzije Upitnika zdravstvenog statusa (SF-36) Škole narodnog zdravlja „Andrije Štampar“ (Jureša i sur., 2000). Upitnik se sastojao od 36 pitanja (čestica) koja se odnose na dimenzije tjelesnog i psihičkog zdravlja. Za potrebe istraživanja dobivene rezultate smo podijelili na pet razina (slabo: od 0 do 10, dovoljno: od 11 do 25, dobro: od 26 do 61, vrlo dobro: od 62 do 84 i odlično tjelesno i psihičko zdravlje: od 85 do 100).

Treći dio anketnog upitnika sastojao se od standardizirane Skale socijalne podrške koju je konstruirao MacDonald (1998) po teorijskom modelu Charlesa Tardya (1985) a za potrebe istraživanja u Hrvatskoj prilagodili su je Ivanov i Penezić (2010). Skalom socijalne podrške procjenjuje se percepcija primljene socijalne podrške obitelji i prijatelja. Skala se sastojala od 56 pitanja, od kojih se 28 odnosilo na socijalnu podršku obitelji a 28 na socijalnu podršku prijatelja. Tvrdnje u Skali socijalne podrške stupnjevane su na skali Likertovog tipa od 1 do 5 (1 – „Uopće se ne slažem s tvrdnjom“ do 5 – „U potpunosti se slažem s tvrdnjom“). Viši rezultati na subskali ukazuju na veću socijalnu podršku. Za potrebe istraživanja dobiveni rezultati socijalne podrške obitelji i prijatelja podijeljeni su na pet razina (slaba podrška: od 23 do 45, povremena: od 46 do 69, česta: od 70 do 93, vrlo česta: od 94 do 117 i stalna: od 118 do 140).

Četvrti dio anketnog upitnika sastojao se od standardiziranog Upitnika faktora prilagodbe na umirovljenje kojeg su konstruirali Penezić i sur. (2014) za potrebe provjere Atchleyeva (2004) modela faktora prilagodbe na umirovljenje. Upitnik se sastojao od 67 čestica, od kojih su 44 podijeljene u šest subskala (subskala stabilnosti, pripreme, medenog mjeseca, razočaranja, terminalne faze te radne reaktivacije), dok su 23 čestice samostalne čestice koje su Penezić i sur. (2014) dodali u svrhu boljeg razumijevanja procesa umirovljenja. Če-

sticama je pridružena opisna skala Likertovog tipa od pet stupnjeva na kojoj su ispitanici procjenjivali u kolikoj se mjeri svaka pojedina čestica odnosi na njih (1 – „U potpunosti se ne odnosi na mene“, do 5 – „U potpunosti se odnosi na mene“).

3.3. Sociodemografska obilježja ispitanika

Od 202 analizirana upitnika žene su činile 59% uzorka. Najmlađi sudionik/ca imao/la je 69 godina, a najstariji/a 89. Prosječna je dob bila 79 (SD=4,42), što je ujedno i najčešća dob u uzorku. Većina sudionika/ca je udovljena (49%), zatim slijede oni koji su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici (36%) te razvedeni (15%). Većina sudionika/ca završila je srednju školu (40%), zatim slijede oni koji su završili osmogodišnju osnovnu školu (29%) te oni s višim (19%) i visokim stupnjem obrazovanja (12%).

3.4. Obrada podataka

Za obradu rezultata korišten je statistički paket IBM SPSS v25. Kolmogorov-Smirnov test i Shapiro-Wilkov test korišteni su za određivanje normaliteta distribucije podataka. Budući da dobivene vrijednosti većine distribucija značajno odstupaju od normalne raspodjele ($p < 0,05$), za ispitivanje razlike među skupinama korištene su neparametrijske metode. Kruskal-Wallisova analiza varijance korištena je za više od dvije kategorije, a kako bi se identificiralo o kojim kategorijama se radi provedena je post hoc analiza Mann-Whitney testom razlika među kategorijama navedenih subskala i ukupnog rezultata. Za statističku značajnost korištena je ona razlika uz koju se veže jednak ili manji rizik od 5% ($p \leq 0,05$).

4. REZULTATI

4.1. Samoprocjena tjelesnog zdravlja

Iz Tablice 1 vidljivi su rezultati Kruskal-Wallisova testa s obzirom na samoprocjenu tjelesnog zdravlja ispitanika iz kojih proizlazi da se neke kategorije ispitanika statistički značajno razlikuju na subskalama pripreme ($p=0,03$), medenog mjeseca ($p=0,00$) i radne reaktivacije ($p=0,00$).

Tablica 1. Rezultati Kruskal-Wallisova testa s obzirom na samoprocjenu tjelesnog zdravlja ispitanika

Subskala	Hi-kvadrat	p
Priprema	8,37	0,03
Medeni mjesec	19,41	0,00
Razočaranje	1,45	0,69
Stabilnost	3,42	0,20
Terminalna faza	6,24	0,17
Radna reaktivacija	14,93	0,00

Grupirajuća varijabla: tjelesno zdravlje

Provedena je post hoc analiza Mann-Whitneyevim testom za procjenu razlike između kategorija gore spomenutih subskala. U Tablici 2 prikazani su samo rezultati kategorija koje su se statistički značajno razlikovale ($p \leq 0,05$). Na *subskali pripreme* ispitanici koji su doživljaj tjelesnog zdravlja ocijenili kao „vrlo dobar“ postižu više rezultate od ispitanika koji ga procjenjuju „dovoljnim“. Dobiveni rezultati upućuju na to da su ispitanici s višom samoprocjenom tjelesnog zdravlja poduzeli aktivnosti prije i tijekom umirovljenja koje su im pomogle da se bolje prilagode na umirovljenje za razliku od ispitanika s nižom samoprocjenom istog kriterija. Na *subskalama medenog mjeseca* i *radne reaktivacije* ispitanici koji ocjenjuju svoje tjelesno zdravlje kao „vrlo dobro“ postižu više rezultate od ispitanika koji ga ocjenjuju „dobrim“ ili „dovoljnim“. Ovi rezultati upućuju na pozitivniju orijentiranost prema životu u mirovini ispitanika s višom samoprocjenom stanja tjelesnog zdravlja te njihovu veću uključenost u različite radne aktivnosti.

Tablica 2. Rezultati Mann-Whitneyjeva testa značajnosti razlika na subskalama prema samoprocjeni tjelesnog zdravlja

Subskala	Tjelesno zdravlje	N	Razina srednje vrijednosti (MR)	P
Priprema	Dovoljno	47	14,56	0,03
	Vrlo dobro	41	44,86	
Medeni mjesec	Dovoljno	47	21,04	0,01
	Vrlo dobro	41	56,87	
	Dobro	50	50,52	0,00
	Vrlo dobro	41	121,32	
Radna reaktivacija	Dovoljno	47	56,62	0,00
	Vrlo dobro	41	96,83	
	Dobro	50	82,63	0,00
	Vrlo dobro	41	143,38	

4.2. Samoprocjena psihičkog zdravlja

Iz Tablice 3 vidljivi su rezultati Kruskal-Wallisova testa usporedbe s obzirom na samoprocjenu psihičkog zdravlja ispitanika iz kojih proizlazi da se kategorije ispitanika statistički značajno razlikuju na svim subskalama ($p \leq 0,05$).

Tablica 3. Rezultati Kruskal-Wallisova testa s obzirom na samoprocjenu psihičkog zdravlja ispitanika

Subskala	Hi-kvadrat	p
Priprema	124,83	0,01
Medeni mjesec	151,42	0,00
Razočaranje	26,90	0,00
Stabilnost	204,72	0,00
Terminalna faza	223,52	0,02
Radna reaktivacija	51,94	0,00

Grupirajuća varijabla: psihičko zdravlje

Provedena je post hoc analiza Mann-Whitneyevim testom za procjenu razlike između kategorija subskala. U Tablici 4 prikazani su samo rezultati kategorija koje su se statistički značajno razlikovale ($p \leq 0,05$). Na *subskali pripreme* ispitanici koji svoje psihičko zdravlje ocjenjuju „dobrim“ i „vrlo dobrim“ postižu više rezultate od ispitanika koji ga karakteriziraju kao „slabo“. Dobiveni rezultati upućuju da su ispitanici s višom samoprocjenom psihičkog zdravlja poduzeli aktivnosti prije i tijekom umirovljenja koje su im pomogle da se bolje prilagode na umirovljenje. Na *subskali medenog mjeseca* ispitanici koji psihičko zdravlje ocjenjuju „dobrim“, „vrlo dobrim“ i „odličnim“ postižu više rezultate od onih koji ga ocjenjuju „slabim“ ili „dovoljnim“. Dobiveni rezultati pokazuju kako su ispitanici s boljim doživljajem psihičkog zdravlja pozitivnije orijentirani prema životu u mirovini za razliku od ispitanika s lošijom viđenjem tog faktora. Na *subskali razočaranja* nalazi se drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji su ocijenili svoje psihičko zdravlje „slabim“ na subskali razočaranja postižu više rezultate od ispitanika s procjenom psihičkog zdravlja kao „vrlo dobrog“ ili „odličnog“. Ovi rezultati upućuju na to da su ispitanici sa slabijom samoprocjenom psihičkog zdravlja manje zadovoljni ostvarenim aktivnostima i osjećaju se manje produktivnima nego u vrijeme kada su radili. Ispitanici na *subskali stabilnosti* s doživljajem svog psihičkog zdravlja kao „vrlo dobrog“ i „odličnog“ postižu više rezultate od ispitanika koji ga ocjenjuju „dovoljnim“ ili „slabim“. Dobiveni rezultati upućuju na to da su ispitanici s višom samoprocjenom psihičkog zdravlja bolje organizirali svoj plan aktivnosti i set kriterija svakodnevnih rutina, što im je pomoglo da se bolje prilagode na umirovljenje. Rezultati ispitanika na subskali *terminalne faze* pokazuju drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji doživljavaju svoje psihičko zdravlje „slabim“ ili „dovoljnim“ postižu više rezultate na subskali terminalne faze od ispitanika koji ga ocjenjuju „vrlo dobrim“ ili „odličnim“. Ovi rezultati upućuju na to da su ispitanici na subskali terminalne faze s nižom samoprocjenom psihičkog zdravlja manje usmjereni na svoju ulogu umirovljenika jer ih zaokupljaju druge stvari, najčešće bolesti ili nemoć, usamljenost i sl. Rezultati na *subskali radne reaktivacije* pokazuju da su ispitanici koji su samoprocijenili svoje psihičko zdravlje kao „vrlo dobro“ postigli više rezultate od ispitanika sa samoprocjenom psihičkog zdravlja kao „slabo“ ili „dovoljno“. Navedeno upućuje na to da su ispitanici s „vrlo dobrom“ samoprocjenom psihičkog zdravlja više uključeni u različite radne aktivnosti za razliku od ispitanika sa „slabom“ i „dovoljnom“ samoprocjenom tog kriterija.

Tablica 4. Rezultati Mann-Whitneyjeva testa značajnosti razlika na subskalama prema samoprocjeni psihičkog zdravlja

Subskala	Psihičko zdravlje	N	Razina srednje vrijednosti (MR)	p
Priprema	Slabo	19	19,64	0,00
	Dobro	77	50,42	
	Slabo	19	12,56	0,00
	Vrlo dobro	59	89,58	

Medeni mjesec	Slabo	19	9,82	0,00
	Dobro	77	54,61	
	Slabo	19	8,5	0,00
	Vrlo dobro	59	94,41	
	Slabo	19	7,4	0,04
	Odlično	19	19	
	Dovoljno	28	29,85	0,00
	Dobro	77	75,24	
	Dovoljno	28	24,52	0,00
	Vrlo dobro	59	118,22	
	Dovoljno	28	19,44	0,03
	Odlično	19	44,56	
Razočaranje	Slabo	19	129,52	0,04
	Vrlo dobro	59	64,32	
	Slabo	19	164,1	0,03
	Odlično	19	22,4	
Stabilnost	Slabo	19	7,4	0,00
	Vrlo dobro	59	94,2	
	Slabo	19	7,5	0,01
	Odlično	19	19,2	
	Dovoljno	28	22,55	0,00
	Vrlo dobro	59	117,44	
	Dovoljno	28	21,24	0,00
	Odlično	19	44,5	
Terminalna faza	Slabo	19	166,4	0,02
	Vrlo dobro	59	81,1	
	Slabo	19	13,4	0,00
	Odlično	19	4	
	Dovoljno	28	174,24	0,00
	Vrlo dobro	59	74,32	
	Dovoljno	28	24,4	0,00
	Odlično	19	4	
Radna reaktivacija	Slabo	19	30,11	0,02
	Vrlo dobro	59	92,41	
	Dovoljno	28	64,8	0,00
	Vrlo dobro	59	104,21	

4.3. Razina percipirane primljene socijalne podrške obitelji

Iz Tablice 5 vidljivi su rezultati Kruskal-Wallisova testa usporedbe s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške obitelji ispitanika iz kojih proizlazi da se kategorije ispitanika statistički značajno razlikuju na svim subskalama upitnika ($p \leq 0,05$).

Tablica 5. Rezultati Kruskal-Wallisova testa s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške obitelji ispitanika

Subskala	Hi-kvadrat	P
Priprema	94,12	0,00
Medeni mjesec	124,52	0,02
Razočaranje	152,10	0,02
Stabilnost	18,41	0,01
Terminalna faza	142,21	0,00
Radna reaktivacija	13,43	0,04

Grupirajuća varijabla: socijalna podrška obitelji

Provedena je post hoc analiza Mann-Whitneyevim testom za procjenu razlike između kategorija gore spomenutih subskala. U Tablici 6 prikazani su samo rezultati kategorija koje su se statistički značajno razlikovale ($p \leq 0,05$). Na *subskali pripreme* ispitanici koji su percipirali „stalnu“ i „vrlo čestu“ socijalnu podršku obitelji postizali su više rezultate od ispitanika koji su percipirali takvu podršku kao „povremenu“, dok su ispitanici koji su percipirali „stalnu“ podršku postizali više rezultate i od ispitanika koji su je vidjeli kao „slabu“. Dobiveni rezultati upućuju na to da su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške obitelji poduzeli više aktivnosti prije i tijekom umirovljenja koje su im pomogle da se bolje prilagode na umirovljenje. Na *subskali medenog mjeseca* ispitanici koji su percipirali „stalnu“ i „vrlo čestu“ socijalnu podršku obitelji postigli su više rezultate od ispitanika koji su je percipirali kao „povremenu“ i „čestu“. Navedeni rezultati pokazuju da su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške obitelji pozitivnije orijentirani prema životu u mirovini. Rezultati ispitanika na *subskali razočaranja* pokazuju drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji su percipirali socijalnu podršku obitelji kao „povremenu“ postizali su više rezultate na subskali razočaranja od ispitanika koji su je percipirali kao „čestu“, „vrlo čestu“ ili „stalnu“. Rezultati upućuju na to da su ispitanici s nižom percepcijom socijalne podrške obitelji manje zadovoljni ostvarenim aktivnostima i osjećaju se manje produktivnima nego u vrijeme kada su radili. Što se *subskale stabilnosti* tiče, ispitanici koji su percipirali „stalnu“ i „vrlo čestu“ socijalnu podršku obitelji postizali su više rezultate od onih koji su percipirali „slabu“ i „povremenu“ podršku. Dobiveni rezultati pokazuju kako su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške obitelji bolje organizirali svoj plan aktivnosti i set kriterija svakodnevnih rutina, što im je pomoglo da se bolje prilagode na umirovljenje. Rezultati ispitanika na *subskali terminalne faze* pokazuju drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji su percipirali „slabu“ socijalnu podršku obitelji postizali su više rezultate na toj subskali od ispitanika koji su je vidjeli kao „vrlo čestu“ ili „stalnu“. Spomenuto upućuje na to da su ispitanici sa slabijom percepcijom socijalne podrške obitelji manje usmjereni na svoju ulogu umirovljenika zbog zaokupljenosti zdravstvenim problemima, usamljenosti i sl. Rezultati ispitanika na *subskali radne reaktivacije* pokazuju da su oni koji su percipirali „slabu“ socijalnu

podršku obitelji postizali više rezultate od onih koji je percipiraju kao „stalnu“. Navedeno pokazuje da su se ispitanici koji percipiraju slabiju socijalnu podršku obitelji više uključili u različite radne aktivnosti od ispitanika koji percipiraju stalnu takvu podršku.

Tablica 6. Rezultati Mann-Whitneyjeva testa značajnosti razlika na subskalama prema razini percipirane primljene socijalne podrške obitelji

Subskala	Socijalna podrška obitelji	N	Razina srednje vrijednosti (MR)	p
Priprema	Slaba	14	18,22	0,02
	Stalna	84	82,71	
	Povremena	36	34,15	0,04
	Vrlo česta	41	42,14	
	Povremena	36	44,72	0,00
	Stalna	84	122,34	
Medeni mjesec	Povremena	36	30,45	0,00
	Vrlo česta	41	61,84	
	Povremena	36	34,34	0,01
	Stalna	84	134,57	
	Česta	27	24,62	0,00
	Vrlo česta	41	41,14	
	Česta	27	34,27	0,00
	Stalna	84	101,32	
Razočaranje	Povremena	36	34,12	0,04
	Česta	27	27,06	
	Povremena	36	54,27	0,02
	Vrlo česta	41	34,57	
	Povremena	36	150,72	0,02
	Stalna	84	101,81	
Stabilnost	Slaba	14	7,81	0,00
	Stalna	84	89,91	
	Slaba	14	9,52	0,03
	Vrlo česta	41	54,8	
	Povremena	36	25,85	0,00
	Vrlo česta	41	64,5	
	Povremena	36	24,97	0,00
	Stalna	84	127,21	
Terminalna faza	Slaba	14	143,24	0,04
	Vrlo česta	41	39,85	
	Slaba	14	152,13	0,00
	Stalna	84	90,44	
Radna reaktivacija	Slaba	14	147,57	0,02
	Stalna	84	89,22	

4.4. Razina percipirane primljene socijalne podrške prijatelja

Iz Tablice 7 vidljivi su rezultati Kruskal-Wallisova testa usporedbe s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške obitelji ispitanika iz kojih proizlazi da se kategorije ispitanika statistički značajno razlikuju na svim subskalama upitnika ($p \leq 0,05$).

Tablica 7. Rezultati Kruskal-Wallisova testa s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške prijatelja ispitanika

Subskala	Hi-kvadrat	p
Priprema	95,19	0,03
Medeni mjesec	163,51	0,02
Razočaranje	170,52	0,02
Stabilnost	57,28	0,01
Terminalna faza	151,08	0,02
Radna reaktivacija	60,35	0,04

Grupirajuća varijabla: socijalna podrška prijatelja

Provedena je post hoc analiza Mann-Whitneyevim testom za procjenu razlike između kategorija gore spomenutih subskala, a u Tablici 8 prikazani su samo rezultati kategorija koje su se statistički značajno razlikovale ($p \leq 0,05$). Rezultati ispitanika na *subskali pripreme* koji su percipirali „vrlo čestu“ i „stalnu“ socijalnu podršku prijatelja postizali su više rezultate od ispitanika koji su percipirali „slabu“ takvu podršku. Dobiveni rezultati pokazuju da su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške prijatelja poduzeli više aktivnosti prije i tijekom umirovljenja koje su im pomogle da se bolje prilagode na umirovljenje. Rezultati ispitanika na *subskali medenog mjeseca* koji su percipirali „vrlo čestu“ i „stalnu“ socijalnu podršku prijatelja postizali su više rezultate od onih koji su percipirali „slabu“, „povremenu“ ili „čestu“ takvu podršku. Rezultati ispitanika na ovoj subskali upućuju na to da su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške prijatelja pozitivnije orijentirani prema životu u mirovini. Rezultati ispitanika na *subskali razočaranja* pokazuju drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji su percipirali „povremenu“ socijalnu podršku prijatelja postizali su više rezultate na subskali razočaranja od onih koji su percipirali „čestu“, „vrlo čestu“ ili „stalnu“ socijalnu podršku prijatelja. Rezultati upućuju na to da su ispitanici s nižom percepcijom socijalne podrške prijatelja manje zadovoljni ostvarenim aktivnostima i osjećaju se manje produktivnima nego u vrijeme kada su radili. Prema rezultatima ispitanika na *subskali stabilnosti*, oni koji su percipirali „vrlo čestu“ i „stalnu“ socijalnu podršku prijatelja postizali su više rezultate od onih koji su je percipirali kao „slabu“ ili „povremenu“. Dobiveni rezultati upućuju na to da su ispitanici s višom percepcijom socijalne podrške prijatelja bolje organizirali svoj plan aktivnosti i set kriterija svakodnevnih rutina, što im je pomoglo da se bolje prilagode na umirovljenje. Rezultati ispitanika na *subskali terminalne faze* pokazuju drugačiji smjer razlika. Ispitanici koji su percipirali „slabu“ i „povremenu“ socijalnu podršku prijatelja

postizali su više rezultate na subskali terminalne faze od ispitanika koji su percipirali „stalnu“ socijalnu podršku prijatelja. Dobiveni rezultati upućuju na to da su ispitanici s nižom percepcijom socijalne podrške prijatelja manje usmjereni na svoju ulogu umirovljenika zbog zaokupljenosti zdravstvenim problemima, usamljenosti i sl. Rezultati ispitanika na *subskali radne reaktivacije* pokazuju da su oni koji su percipirali „vrlo čestu“ socijalnu podršku prijatelja postizali više rezultate od onih koji su percipirali „povremenu“ takvu podršku. Iz toga proizlazi da su se ispitanici koji percipiraju vrlo čestu socijalnu podršku prijatelja više uključili u različite radne aktivnosti. Kada usporedimo dobivene rezultate percepcije socijalne podrške prijatelja s rezultatima socijalne podrške obitelji (Tablica 6) na subskali razočaranja dobivamo drugačiji smjer razlika.

Tablica 8. Rezultati Mann-Whitneyjeva testa značajnosti razlika na subskalama prema razini percipirane primljene socijalne podrške prijatelja

Subskala	Socijalna podrška prijatelja	N	Razina srednje vrijednosti (MR)	p
Priprema	Slaba	8	12,2	0,03
	Vrlo česta	64	54,57	
	Slaba	8	8,1	0,00
	Stalna	71	61,24	
Medeni mjesec	Slaba	8	22,4	0,00
	Vrlo česta	64	54,18	
	Slaba	8	14,7	0,02
	Stalna	71	64,11	
	Povremena	34	27,16	0,00
	Vrlo česta	64	95,18	
	Povremena	34	25,14	0,00
	Stalna	71	104,1	
	Česta	25	33,21	0,00
	Vrlo česta	64	78,21	
	Česta	25	24,21	0,00
	Stalna	71	84,13	
Razočaranje	Povremena	34	44,32	0,02
	Česta	25	30,81	
	Povremena	34	99,43	0,02
	Vrlo česta	64	58,22	
	Povremena	34	102,34	0,01
	Stalna	71	65,71	

Stabilnost	Slaba	8	6,8	0,00
	Vrlo česta	64	57,67	
	Slaba	8	5,7	0,00
	Stalna	71	68,31	
	Povremena	34	28,12	0,00
	Vrlo česta	64	95,12	
	Povremena	34	28,12	0,00
	Stalna	71	102,4	
Terminalna faza	Slaba	8	102,1	0,03
	Stalna	71	54,2	
	Povremena	34	115,41	0,02
	Stalna	71	48,24	
Radna reaktivacija	Povremena	36	44,56	0,04
	Vrlo česta	64	87,21	

5. RASPRAVA

Fokus ovog istraživanja bio je usmjeren na dobivanje jasnijeg uvida u razlike prilagodbe na umirovljenje te na pravovremeno prepoznavanje faktora kojima bi se moglo djelovati na poboljšanje loše prilagodbe na umirovljenje kod starijih osoba. Budući da je provedenim analizama povezanost između prilagodbe na umirovljenje i samoprocjene vlastitog zdravlja te percipirane socijalne podrške potvrđena, u nastavku ističemo osnovne uvide. Razlike u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu tjelesnog zdravlja dobivene su na subskalama pripreme, medenog mjeseca i radne reaktivacije. Razlika je također utvrđena i na svim subskalama samoprocjene psihičkog zdravlja. Ispitanici koji bolje samoprocjenjuju vlastito zdravlje pokazuju i bolju prilagodbu na umirovljenje jer postižu više rezultate na subskalama pripreme, medenog mjeseca, stabilnosti i radne reaktivacije, te niže rezultate na subskalama razočaranja i terminalne faze, od ispitanika koji lošije samoprocjenjuju vlastito zdravlje. Dobiveni rezultati podudaraju se s prethodnim istraživanjima prema kojima je zdravlje jedan od bitnih faktora koji utječu na prilagodbu na umirovljenje (de Vaus i Wells, 2004; Donaldson i sur., 2010; Kubicek i sur., 2011). Zdravstveni problemi mogu biti jedan od glavnih razloga odlaska u mirovinu kao i ranijeg umirovljenja, što se može na kraju odraziti na prilagodbu na umirovljenje (Phillipson i Smith, 2005; van den Berg i sur., 2010; van der Heide i sur., 2013) te na stavove i poglede na proces umirovljenja (van der Heide i sur., 2013). Cai (2010) je utvrdio da je zdravlje značajno povezano s radnom sposobnosti te da utječe na to koliko će starija osoba ostati radno aktivna (Cai i Kalb, 2006; Cai, 2010), a slični rezultati na subskali radne reaktivacije dobiveni su i u ovom istraživanju. Zdravstveni problemi ograničavaju mogućnosti održavanja starih i započinjanja novih aktivnosti te

time mogu ometati planove za provođenje slobodnog vremena pojedinca nakon umirovljenja (Chung i sur., 2009; van Solinge, 2012). Problemi sa zdravljem mogu utjecati na svakodnevno funkcioniranje te će vjerojatno ograničiti socijalne aktivnosti umirovljenika i njihovu uključenost u zajednici, što se može negativno odraziti na psihološko blagostanje umirovljenika (Wang, 2007; Wang, 2012).

Razlike u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške obitelji i prijatelja dobivene su na svim subskalama. Ispitanici koji percipiraju višu razinu primljene socijalne podrške obitelji i prijatelja iskazuju bolju prilagodbu na umirovljenje, odnosno postižu više rezultate na subskalama pripreme, medenog mjeseca i stabilnosti te niže rezultate na subskalama razočaranja i terminalne faze od ispitanika koji lošije ocjenjuju dobivenu socijalnu podršku. Dobiveni rezultati ovog istraživanja podudaraju se s onima ranijih istraživanja koja ističu da je socijalna podrška važan faktor za postizanje pozitivnih iskustava i zadovoljstva umirovljenjem (Taylor i sur., 2008; Price i Balaswamy, 2009; Osborne, 2012) te da umirovljeni prijatelji služe kao pozitivan model za prilagodbu na umirovljenje (Warner i Willis, 2001; Noone i sur., 2009). Socijalna podrška i integracija u obliku kontakata s obitelji i prijateljima pozitivno utječe na prilagodbu na umirovljenje (Osborne, 2012), a važan pozitivan učinak ima i podrška partnera (Shultz i Olson, 2012). Rezultati ispitanika na subskali radne reaktivacije ovog istraživanja pokazali su se različitim s obzirom na razinu percipirane primljene socijalne podrške obitelji i prijatelja. Ispitanici koji su percipirali višu razinu podrške obitelji postigli su niže rezultate na subskali radne reaktivacije, dok su ispitanici koji percipiraju višu razinu podrške prijatelja postigli više rezultate na toj subskali. Ti se rezultati podudaraju s istraživanjima koja navode da je manja vjerojatnost da će stariji radnici koji imaju supružnike ili druge značajne osobe koje ne podržavaju njihov nastavak zaposlenja nastaviti raditi ili tražiti poslove nakon napuštanja karijere i odlaska u mirovinu (Wang, 2012). S druge strane, kod starijih radnika koji imaju podršku članova obitelji podijeljeno je hoće li nastaviti s radom ili ne, ali je vjerojatnije da će biti zadovoljni svojom odlukom i bolje se prilagoditi mirovini jednom kad odluče otići, s obzirom na uočen viši stupanj dobrovoljnosti njihove odluke o umirovljenju (Shultz i Olson, 2012). Također, potpora vršnjaka i prijatelja može povećati jasnoću ciljeva mirovine i olakšati njezino planiranje, a naposljetku i prilagodbu (Hershey i sur., 2010).

6. ZAKLJUČAK

Odlazak u mirovinu te daljnji tijek prilagodbe na umirovljenje i starenje pod utjecajem su niza pretežno povezanih faktora. Većini starijih osoba nakon umirovljenja preostaje dugi niz godina, a da bi osoba u tom preostalom razdoblju života razvila zadovoljavajući stil života potrebno je planiranje i prilagodba na životne promjene uzrokovane umirovljenjem. U tom razdoblju pojedinac može proći tranziciju kroz niz faza prilagodbe na umirovljenje. Osnovni cilj ovog istraživanja bio je istražiti uspješnost prilagodbe na umirovljenje i utvrditi je li ona povezana sa samoprocjenom zdravlja i percepcijom primljene socijalne podrške, kako bi se njihovom ranom modifikacijom postigla veća

učinkovitost u procesu prilagodbe na umirovljenje. Dobiveni podaci potvrđuju konceptualne pretpostavke ranijih istraživanja koja ukazuju na to da zdravstveni status i socijalna podrška imaju utjecaj na uspješnost prilagodbe na umirovljenje. Razlog tomu može biti da bolje zdravlje pruža pojedincu mogućnost ostanka društveno aktivnim i usmjerenim na novu ulogu umirovljenika, dok stalna socijalna podrška pomaže u postizanju pozitivnih iskustava u prilagodbi na umirovljenje.

Ovim istraživanjem dobiven je jasniji uvid u faktore povezane s (ne)uspješnošću prilagodbe na umirovljenje te ukazano na mogućnost pravovremenog prepoznavanja faktora kojima bi se moglo djelovati na poboljšanje loše prilagodbe na umirovljenje kod starijih osoba. U tom smislu rezultati ovog istraživanja mogu pomoći boljem razumijevanju procesa prilagodbe na umirovljenje i starenje. Uz povećanje starosne dobi za umirovljenje i sve veće zastupljenosti starijeg stanovništva postoji potreba za boljim razumijevanjem okolnosti umirovljenja, utvrđivanjem vremena i razloga odlaska osoba u mirovinu te aktivnosti koje u njoj obavljaju. Takve informacije, sa svrhom postizanja dobrobiti za starije osobe u vidu zadovoljavajućeg stila života te prilagodbe na umirovljenje i starenje, imaju implikacije za javnu politiku.

Neka od ograničenja istraživanja vezana su uz provedbu istraživanja na relativno malom uzorku koji je u konačnici ograničio raspon mogućih analiza i snagu primijenjenih testova. Predstavljeno istraživanje utjecaja zdravlja i socijalne podrške na iskustvu starijih osoba ponudilo je uvid u samo dio faktora koji utječu na uspješnost prilagodbe na umirovljenje. Stoga, nalaze predstavljene u ovom radu treba promotriti i u kontekstu otvaranja prostora za daljnja istraživanja te novih rasprava u području zdravstvenih i socijalnih pitanja budućih i trenutnih umirovljenika. Proces prilagodbe na umirovljenje konceptualno se razvija kako se šira društvena struktura mijenja tijekom vremena. Sa svrhom što boljeg razumijevanja promjenjive prirode procesa umirovljenja naglašavamo važnost daljnjih istraživanja faktora koji će unaprijediti uspješno starenje i prilagodbu dosad nikad većeg broja umirovljenika. Kao prijedlog za buduća istraživanja ove teme svakako bi bilo korisno provjeriti statističku značajnost dobivenih rezultata na većem uzorku, u sličnim sredinama, ali i kod osoba koje žive u ruralnim sredinama, istovremeno istražujući i povezanost nekih drugih faktora poput sociodemografskih i ekonomskih s prilagodbom na umirovljenje.

LITERATURA

- Alavinia, S. M., i Burdorf, A. (2008). Unemployment and Retirement and Ill Health: A Cross-Sectional Analysis Across European Countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1): 39-45.
- Atchley, R. (1976). *The Sociology of Retirement*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Atchley R. (2000). *Social Forces and Aging: An Introduction to Social Gerontology*. Belmont: Wadsworth.
- Atchley, R. i Barusch, A. (2004). *Social Forces and Aging. An Introduction to Social Gerontology*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

- Brajković, L. (2010). Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi (doktorska disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Brajković, L. (2011). Kvaliteta života u trećoj životnoj dobi nakon umirovljenja. U: Vuletić, G. (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 93-118). Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
- Carr, D. i Kail, B. (2013). The Influence of Unpaid Work on the Transition out of Full-Time Paid Work. *Gerontologist*, 53(1): 92-101.
- Cai, L. (2010). The Relationship Between Health and Labour Force Participation: Evidence from a Panel Data Simultaneous Equation Model. *Labour Economics*, 17(1): 77-90.
- Cai, L. i Kalb, G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia. *Health Economics*, 15(6): 241-261.
- Chung, S., Domino, M., Stearns, S. i Popkin, B. (2009). Retirement and Physical Activity: Analyses by Occupation and Wealth. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5): 422-428.
- Denton, F. i Spencer, B. (2009). What is Retirement? A Review and Assessment of Alternative Concepts and Measures. *Canadian Journal on Aging*, 28(1): 63-76.
- Donaldson, T., Earl J. i Muratore, A. (2010). Extending the Integrated Model of Retirement Adjustment: Incorporating Mastery and Retirement Planning. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2): 279-289.
- de Vaus, D. i Wells, Y. (2004). What Should Mature-Age Workers do to Promote Health and Wellbeing in Retirement? *Health Issues*, 80: 23-26.
- de Vaus D, Wells Y., Kendig H. i Quine S. (2007). Does Gradual Retirement Have Better Outcomes Than Abrupt Retirement? Results from an Australian Panel Study. *Ageing and Society*, 27(5): 667-682.
- Državni zavod za statistiku – DZS (2019). Procjene stanovništva Republike Hrvatske u 2018. *Priopćenje*, 56(7.1.3.). URL: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2019/07-01-03_01_2019.htm (22.01.2020.)
- Eatock, D. (2019). Demographic Outlook for the European Union 2019. European Parliamentary Research Service. Brussels: European Union. URL: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2019/637955/EPRS_IDA\(2019\)637955_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2019/637955/EPRS_IDA(2019)637955_EN.pdf) (22.01.2020.)
- Eurostat (2016). Statistički podaci o stanovništvu na regionalnoj razini. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Statisti%C4%8Dki_podaci_o_stanovni%C5%A1tvu_na_regionalnoj_razini&oldid=362957 (20.12.2019.)
- Hershey, D., Henkens, K. i van Dalen, H. (2010). Aging and Financial Planning for Retirement: Interdisciplinary Influences Viewed through a Cross-Cultural Lens. *The International Journal of Aging and Human Development*, 70(1): 1-38.
- Heybroek, L. (2011). Life Satisfaction and Retirement: A Latent Growth Mixture Modelling Approach. *Work, Aging and Retirement*, 1(2): 166-180.

- Ivanov, L. i Penezić, Z. (2010). Skala socijalne podrške. U: Tucak Junaković, I., Ćubela Adorić, V., Penezić, Z. i Proroković, A. (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika: Svezak 5* (str. 69-77). Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Jureša, V., Ivankovic, D., Vuletic, G., Babic-Banaszak, A., Srcek, I., Mastilica, M. i Budak, A. (2000). The Croatian Health Survey – SF-36: I. General Quality of Life Assessment. *Collegium Antropologicum*, 24(1): 69-78.
- Kubicek, B., Korunka, C., Raymo, J. i Hoonakker, P. (2011). Psychological Well-Being in Retirement: The Effects of Personal and Gendered Contextual Resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2): 230-246.
- MacDonald, G. (1998). Development of a Social Support Scale: An Evaluation of Psychometric Properties. *Research on Social Work Practice*, 8(5): 564-574.
- Mortimer, J. i Moen, P. (2016). The Changing Social Construction of Age and the Life Course: Precarious Identity and Enactment of “Early” and “Encore” Stage of Adulthood. U: Shanahan M. J. (ur.), *Handbook of the Life Course* (str. 111-130). Cham: Springer International Publishing.
- Noone, J., Stephens, C. i Alpass F. (2009). Preretirement Planning and Well-Being in Later Life. *Research on Aging*, 31(3): 295-317.
- Osborne, J. (2012). Psychological Effects of the Transition to Retirement. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(1): 45-58.
- Ovesnik, R., Ovsenic, M., Kmetec, P. i Valenčak, U. (2012). Priprema na umirovljenje i kvaliteta slobodnog vremena seniora. U: Plenković, M. (ur.), *Society and Technology 2012 – Dr. Juraj Plenković* (str. 565-659). Zagreb: Hrvatsko komunikološko društvo.
- Penezić, Z., Lacković-Grgin K. i Bačinić, A. (2006). Proces umirovljenja: pokušaj provjere Atchleyeva modela prilagodbe. *Medica Jadertina*, 36 (3-4): 63-71.
- Penezić, Z., Lacković-Grgin K. i Lukačić, A. (2014). Upitnik faktora prilagodbe na umirovljenje – MIR. U: Ćubela Andorić, V., Penezić, Z., Proroković, A. i Tucak Junaković, I. (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika: Svezak 7* (str. 65-77). Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Phillipson, C. i Smith, A. (2005). *Extending Working Life: A Review of the Research Literature*. Norwich: Department for Work and Pensions.
- Pinquart, M. i Schindler, I. (2007). Changes of Life Satisfaction in the Transition to Retirement: A Latent-Class Approach. *Psychology and Aging*, 22(3): 442-455.
- Podgorelec, S. i Klempić, S. (2007). Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, 23(1-2): 111-134.
- Price, C. i Balaswamy, S. (2009). Beyond Health and Wealth: Predictors of Women's Retirement Satisfaction. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(3): 195-214.
- Shultz, K. i Olson, D. (2012). The Changing Nature of Retirement. U: Wang, M. (ur.), *The Oxford Handbook of Retirement* (str. 543-558). New York, NY: Oxford University Press.
- Svjetska zdravstvena organizacija (2011). Global Health and Aging. URL: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf (29.06.2021.)

- Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2): 187-202.
- Taylor, M., Shultz, K., Morrison, R., Spiegel, P. i Greene, J. (2007). Occupational Attachment and Met Expectations as Predictors of Retirement Adjustment of Naval Officers. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(8): 1697-1725.
- Taylor, M., Goldberg, C., Shore, L. i Lipka, P. (2008). The Effects of Retirement Expectations and Social Support on Post-retirement Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4): 458-470.
- Touhy, T. i Jett, K. (2014). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging*. St. Louis, MO: Elsevier.
- van den Berg, T., Elders, L. i Burdorf A. (2010). Influence of Health and Work on Early Retirement. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(6): 576-583.
- van der Heide, I., van Rijn, R., Robroek, S., Burdorf, A. i Proper, K. (2013). Is Retirement Good for Your Health? A Systematic Review of Longitudinal Studies. *BMC Public Health*, 13: 1180. DOI: 0.1186/1471-2458-13-1180.
- van Solinge, H. i Henkens, K. (2008). Adjustment to and Satisfaction with Retirement: Two of a Kind? *Psychology and Aging*, 23(2): 422-434.
- van Solinge, H. (2012). Adjustment to Retirement. U: Wang, M. (ur.), *The Oxford Handbook of Retirement* (str. 311-324). New York, NY: Oxford University Press.
- von Bonsdorff, M., Shultz, K., Leskinen, E. i Tansky, J. (2009). The Choice Between Retirement and Bridge Employment: A Continuity Theory and Life Course Perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*, 69(2): 79-100.
- Wang, M. (2007). Profiling Retirees in the Retirement Transition and Adjustment Process: Examining the Longitudinal Change Patterns of Retirees' Psychological Well-Being. *Journal of Applied Psychology*, 92(2): 455-474.
- Wang, M., Zhan, Y., Liu, S. i Shultz, K. (2008). Antecedents of Bridge Employment: A Longitudinal Investigation. *Journal of Applied Psychology*, 93(4): 818-830.
- Wang, M. i Shultz, K. (2010). Employee Retirement: A Review and Recommendations for Future Investigation. *Journal of Management*, 36(1): 172-206.
- Wang, M. (2012). Health and Fiscal, and Psychological Well-Being in Retirement. U: Borman, W. i Hedge, J. (ur.), *The Oxford Handbook of Work and Aging* (str. 570-586). New York, NY: Oxford University Press.
- Wang, M. i Shi, J. (2014). Psychological Research on Retirement. *Annual Review of Psychology*, 65: 209-233.
- Warner, S. i Willis, S. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Wertheimer-Baletić, A. (2012). Demografski okviri radne snage u Hrvatskoj u prvoj polovici 21. stoljeća. U: Družić, G. i Družić, I. (ur.), *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranom svijetu* (str. 25-41). Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Zhan, Y., Wang, M., Liu, S. i Shultz, K. (2009). Bridge Employment and Retirees' Health: A Longitudinal Investigation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(4): 374-389.

DIFFERENCES IN ADJUSTMENT TO RETIREMENT IN RELATION TO SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AND PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT

Želimir Bertić, Mirjana Telebuh and Gordana Grozdek Čovčić

Abstract

With the growing numbers of the elderly population the number of retired people is also increasing. In order for people to achieve the best possible quality of life and preserve their potential to keep contributing to society, it is important to continually conduct studies on their adjustment to retirement. The main focus of this research is to gain a clearer insight into the adjustment of the elderly to retirement with regard to self-assessment of health and perception of social support, as well as to identify factors that could aid in better adjustment to retirement. The research was conducted in the autumn of 2019 and it included 208 people of both genders, over 65 years of age, without physical disability or severe physical, cognitive or mental impairments, who are residents of the Retirement home in the city of Bjelovar and users of the gerontology centres in Zagreb. Differences in adjustments to retirement with regards to self-assessment of own health and perception of social support were analyzed according to Atchley's (2000) model of adjustment to retirement. The findings confirm the results from previous research that show that those who have a positive attitude toward life after retirement also score higher in self-assessment of health and perception of social support. The reasons for this could be the better health of these respondents, which allows them to remain socially active and focused on their role as retirees, while social support helps them gain positive experiences while adjusting to retirement. This study will hopefully entice future research on this topic, as well as new discussions on the health and social issues of current and future retirees.

Key words: *Atchley's model, retirement adjustment, self-assessment of health, social support, retirement, health*

UNTERSCHIEDE BEI DER ANPASSUNG AN DEN RUHESTAND HINSICHTLICH DER SELBSTBEWERTUNG DES GESUNDHEITZUSTANDS UND DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG

Želimir Bertić, Mirjana Telebuh und Gordana Grozdek Čovčić

Zusammenfassung

Die Bevölkerung wird immer älter, daher wächst auch die Zahl der Ruheständler. Damit diese Personen eine möglichst gute Lebensqualität erreichen und ihr Potential auch im höheren Alter bewahren und der Gesellschaft ihren Beitrag leisten können, ist es nötig, kontinuierlich die Anpassung an den Ruhestand zu erforschen. Im Fokus dieser Forschung steht eine bessere Einsicht in die Anpassung von älteren Leuten an den Ruhestand hinsichtlich der Selbstbewertung des Gesundheitszustands und der sozialen Unterstützung, sowie die Möglichkeit, die Faktoren zu erkennen, mit deren Hilfe man die Anpassung an den Ruhestand bessern könnte. Die Forschung wurde im Frühling 2019 durchgeführt und hat 208 Personen beider Geschlechter über 65 eingeschlossen, ohne physische Invalidität oder schwere physische, mentale oder kognitive Krankheit, die in einem Seniorenheim in Bjelovar wohnen oder von Geronto-Zentren in Zagreb betreut werden. Die Unterschiede bei der Anpassung an den Ruhestand hinsichtlich der Selbstbewertung der eigenen Gesundheit und die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung wurden nach Atchleys Modell (2000) der Anpassung an den Ruhestand betrachtet. Die Ergebnisse bestätigen die Konzeptannahmen aus der früheren Forschung und weisen auf eine positivere Einstellung zum Leben und Ruhestand bei den Befragten hin, die ihre Gesundheit und die soziale Unterstützung höher bewerten. Die Gründe dafür könnten eine

bessere Gesundheit und ständige soziale Unterstützung sein, was dem Einzelnen hilft, aktiv in der Gesellschaft zu leben und sich besser an den Ruhestand anzupassen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind im Kontext der Eröffnung neuer Forschungsmöglichkeiten und neuer Diskussionen auf dem Gebiet der gesundheitlichen und sozialen Fragen von jetzigen und zukünftigen Rentnern zu betrachten.

Schlüsselwörter: *Phasenmodell nach Atchley, Anpassung an den Ruhestand, Selbstbewertung des Gesundheitszustands, soziale Unterstützung, in den Ruhestand treten, Gesundheit*