

# Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe

**MARINA AJDUKOVIĆ\***  
Studijski centar socijalnog rada  
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, Hrvatska

Izvorni znanstveni rad  
UDK: 364.046.6-053.9 : 616.895.4  
doi: 10.3935/rsp.v20i2.1148  
Priljeno: lipanj 2013.

**SILVIJA RUČEVIĆ**  
Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju  
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku  
Osijek, Hrvatska

**MARIJA MAJDENIĆ**

*Brojna istraživanja pokazuju da je depresivnost jedan od najčešćih problema mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Kao najčešći čimbenici rizika spominju se ženski spol, tjelesne bolesti, funkcionalna (ne)sposobnost, gubitak značajnih osoba i socijalne podrške, osamljenost i socijalna izolacija. Također se pokazalo da je depresivnost češća i izraženija kod starijih osoba koje žive u ustanovama. Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos spola i dobi s pokretljivošću, zdravljem, funkcionalnim sposobnostima i depresivnosti osoba starije životne dobi smještenih u domovima za starije i nemoćne. U istraživanju je sudjelovala 101 starija osoba (30 muškaraca i 71 žena), prosječne dobi 76,34 godina (SD=10,33). Depresivnost je procijenjena Zungovom skalom za samoprocjenu depresije, funkcionalna sposobnost Skalom funkcionalne sposobnosti, a fizičko i psihičko zdravlje Upitnikom zdravlja SF-36. U skladu s očekivanjima, utvrđena je statistički značajna povezanost između depresivnosti, funkcionalne sposobnosti te psihičkog i fizičkog zdravlja. Hijerarhijska regresijska analiza pokazala je da su značajni prediktori za pojavu depresivnosti ženski spol, slabije psihičko zdravlje i slabija funkcionalna sposobnost, te bolje fizičko zdravlje. Dobiveni rezultati analizirani su pod vidom mogućnosti unapređenja skrbi o mentalnom zdravlju osoba starije životne dobi.*

**Ključne riječi:** starije osobe, depresivnost, funkcionalna sposobnost, psihičko i fizičko zdravlje, domovi za starije osobe.

---

\* Marina Ajduković, Pravni fakultet / Faculty of Law, Studijski centar socijalnog rada / Department of Social Work, Nazorova 51, 10 000 Zagreb, Hrvatska / Croatia, marina.ajdukovic@pravo.hr

## UVOD

Depresivnost je najčešća poteškoća mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi, a klinička depresija je najčešći psihički poremećaj među starijim osobama (Seligman, Walker i Rosenhan, 2001.). Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti. Očituje se kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa i anhedoniju<sup>1</sup> (nemogućnost uživanja u životu), umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Na tjelesnom planu ove psihičke promjene prati poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001.). Pojam depresivnost<sup>2</sup> se u pravilu odnosi na kontinuum koji »pokriva« depresivne simptome i depresivna stanja različitog intenziteta i trajanja. Kad je stanje tuge i neraspoloženosti intenzivno i ometa funkcioniranje – bilo kognitivno, bihevioralno ili emocionalno, tada se govori o depresiji kao psihičkom poremećaju.

Istraživanja pokazuju da od ozbiljne kliničke depresije pati 2% do 5% starijih osoba, a da ih dodatnih 8% do 16% ima klinički značajne simptome depresivnosti. Uz to, pokazalo se da su starije osobe koje žive u institucijama pod većim rizikom za ove poteškoće te da ih je približno 40% pogođeno značajnim simptomima depresivnosti (Yeung, Ching i Chung, 2010.; Cole, 2003.).

Široko je prihvaćeno da je depresija koja se po prvi put pojavljuje kasnije u životu u pravilu povezana s problemima tjelesnog zdravlja koji se javljaju sa starenjem, te da starija osoba koja je dobrog zdravlja i nema

povijest ranijih depresivnih epizoda ima nizak rizik za pojavu depresije.

Pod tim vidom, značajno je istraživanje Novović i sur. (2006.) čiji je cilj bio usporedba strukture depresivnosti kod starijih osoba bez prethodne povijesti psihičkih poremećaja i osoba srednje životne dobi koje se liječe od depresije. U istraživanju su sudjelovala 82 zdrava korisnika domova za starije osobe te 78 pacijenata s dijagnozom nekog od afektivnih poremećaja. Pokazalo se da, iako je depresivnost klinički depresivnih i starih ljudi bez znakova poremećaja mentalnog zdravlja statistički značajno različita po svojoj strukturi, suštinu depresivnosti u oba uzorka čine kognitivni sadržaji, depresivno raspoloženje, pad motivacije i negativna procjena vlastitih temeljnih sposobnosti. Tako kognitivni sadržaji poput »ne vrijedi živjeti«, »život je uglavnom bio promašen« i »život pruža samo ono najgore«, imaju značajno mjesto u deskripciji depresivnosti oba uzorka. Druga vrsta simptoma koja obilježava oba uzorka, ali je osobito bitna za depresivnost starih, jest gubitak, odnosno slabljenje životne energije. Ovaj motivacijski deficit kod starijih može biti korelat depresivnosti, ali i fiziološki determiniran pratitelj starenja, koji indirektno doprinosi depresivnosti starih (Novović i sur., 2006.). Za klinički depresivne pacijente specifični simptomi odnosili su se na nisko samopoštovanje, a za depresivnost starijih osoba specifičan je doživljaj smanjene pozitivne stimulacije i promjenjivost raspoloženja. Tako se među tvrdnjama koje specifično određuju depresivnost starijih osoba, ali ne i kliničkih pacijenata, nalaze one koje bi se mogle opisati kao indikatori anhedonije. To su tvrdnje

<sup>1</sup> Anhedonija predstavlja nesposobnost doživljavanja zadovoljstva u uobičajeno ugodnim životnim aktivnostima kao što su rekreacija, hrana, socijalne interakcije i seksualni život.

<sup>2</sup> U ovom tekstu ćemo u pravilu koristiti pojam depresivnost kad se procjena mentalnog stanja starije osobe temelji na skalama samoprocjena, a pojam depresija ili depresivni poremećaj ukoliko se radi o kliničkoj procjeni i dijagnozi u skladu s prihvaćenim klasifikacijama psihičkih poremećaja.

»život nije pun interesantnih stvari« i »ne nalazim zadovoljstvo u igrama i kreativnim aktivnostima«.

Interes različitih skupina stručnjaka za depresiju u starijoj životnoj dobi očekivan je iz nekoliko razloga. Kao prvo, depresija utječe na sposobnost starije osobe da zadrži zadovoljavajuće fizičko zdravlje, da ostane aktivna i zadrži optimalno funkcioniranje u vlastitom domu i zajednici. Pod tim vidom, rano prepoznavanje i prevencija depresije može značajno pridonijeti kvaliteti života starije osobe. Istodobno, depresija se kod starijih osoba često javlja uz neke zdravstvene poteškoće i probleme što pridonosi tome da stručnjaci (liječnici, socijalni radnici...), kao i osobe koje skrbe za starije u različitim oblicima izvanobiteljskog zbrinjavanja te članovi obitelji često ne prepoznaju znakove depresije, odnosno teško razlučuju simptome koji su vezani uz određene tjelesne bolesti od simptoma depresije. Posljedično, depresija se kod velikog broja starijih osoba ne liječi, a starije osobe se nerijetko pokušavaju samostalno nositi s novonastalim problemima. Pojava depresije je također povezana s povećanjem troškova liječenja kroničnih bolesti i povećanjem pobola i smrtnosti od bolesti kao što su srčane bolesti ili dijabetes (Katon, 2003.).

### **Rizični čimbenici za pojavu depresije kod starijih osoba**

Polazeći od značaja prevencije i ranog prepoznavanja depresivnih stanja kod starijih osoba, u svijetu su provedena brojna istraživanja rizičnih čimbenika za pojavu depresije. Ti se rizični čimbenici mogu podijeliti u tri skupine: biološki, psihološki i socijalni čimbenici (Plavšić, 2012.a). S obzirom da su u istraživanju koje se opisuje u ovom radu u fokusu biološki rizični čimbenici, kao što su dob, spol, zdravlje i funk-

cionalna sposobnost, njima ćemo posvetiti posebnu pozornost.

### **Dob i spol**

Kao što navodi Plavšić (2012.a), općenito je prihvaćeno da osim za demenciju postoji relativno niska prevalencija svih psihičkih poremećaja kod osoba starije dobi. Što se tiče depresivnih tendencija u dobi od 54 do 77 godina, razvojni obrasci sugeriraju dvije faze: (1) relativnu stabilnost koja se proteže do otprilike 70 godina i (2) nakon toga porast depresivnih tendencija (Rothermund i Brandtstädter, 2003., prema Plavšić, 2012.b).

Istraživanja općenito govore da starije žene imaju višu stopu psihijatrijskog morbiditeta nego muškarci (Plavšić, 2012.a). U skladu s tim, konzistentno se pokazuje da je ženski spol čimbenik rizika za pojavu depresije u starijoj životnoj dobi (Lebowitz, 1999.; Cole, 2003.). No novija istraživanja ukazala su na zanimljive razlike u simptomima i prediktorima depresije kod muškaraca i žena starije životne dobi. Tako se npr. pokazalo kako je kod starijih muškaraca češća nesanica, gubitak interesa za uobičajene aktivnosti te sniženo raspoloženje, dok su u starijih žena češći tjelesni simptomi te tjeskoba (Chiu i sur., 2002.).

U longitudinalnom istraživanju provedenom od 1984. do 1990. godine u Finskoj značajnim prediktorima depresije kod starijih muškaraca pokazali su se viša životna dob, loša samoprocjena vlastitog zdravlja, potrebna pomoć drugih osoba u svakodnevnom životu (npr. u svladavanju stepenica i kupanju) te smještanje u ustanove za pomoć starijim osobama. Kod žena, prediktori su bili brojni tjelesni i psihosomatski simptomi, kao i opadanje percipiranog zdravlja, pojava ozbiljnih bolesti te smanjenje tjelesne aktivnosti. Smanjena funkcionalna sposobnost kod oba je spola

bila povezana s češćom pojavom depresije. Također, kod žena rizik za javljanje depresije povezan je i s pojavom vaskularnih, cerebrovaskularnih te neuroloških bolesti, a kod muškaraca s genitalnim i urinarnim bolestima. Ranije depresivne epizode pokazale su se značajnim prediktorom za oba spola (Kivela i sur., 1996.).

Istraživanje provedeno u Hong Kongu ispitalo je rizične čimbenike za pojavu depresivnih simptoma kod starijih osoba smještenih u domove za starije i nemoćne. Nalazi govore kako su žene, u odnosu na svoje vršnjake suprotnog spola, sklonije depresiji ukoliko su same ili udovice, niže obrazovne razine te ograničenih financijskih izvora (Yeung, Ching i Chung, 2010.). Rezultati i ovog istraživanja ukazuju da je značajni dio spolnih razlika društveno uvjetovan. U prilog društveno uvjetovanim razlikama idu i podaci da nema razlike u depresivnim simptomima između starijih muškaraca i žena u zemljama u kojima je prisutnija rodna ravnopravnost kao što je to npr. Švedska (Zunzunegui i sur., 2007., prema Plavšić, 2012.a).

### Tjelesno zdravlje

Depresija se kod starih najčešće povezuje s tjelesnim promjenama i bolestima. Tjelesne bolesti pokazale su se čimbenikom rizika za razvoj depresije (Roberts i sur., 1997.). Tako npr. kliničku depresiju mogu izazvati bolesti kao što su dijabetes, moždani udar, srčana oboljenja ili rak (Rahman, 2005.). Lijekovi propisani za liječenje neke kronične bolesti mogu pogoršati već postojeću depresiju ili uzrokovati nastanak depresije, ali i izazvati simptome koji su slični onima kod depresije, npr. lijekovi protiv povišenog krvnog tlaka, hormoni,

kortikosteroidi te lijekovi protiv Parkinsonove bolesti. Rizičnim biološkim čimbenicima smatraju se i smanjena aktivnost neurotransmitera u mozgu te smanjeno funkcioniranje endokrinog sustava (Berman i Furst, 2011.). U istraživanju Uroševića i sur. (2010.) u kojem su korišteni Gerijatrijska skala depresivnosti (GDS skala) te podaci o zdravstvenom statusu temeljem medicinske dokumentacije (uključujući ranije liječenje od depresivnog poremećaja), utvrđena je značajna povezanost depresivnosti s brojem dijagnosticiranih tjelesnih bolesti ( $r=0,46$ ).

No, kauzalni odnos između depresije i zdravlja još uvijek nije jasan. Kao što navode Novović i sur. (2006.), tjelesni simptomi kod starijih osoba mogu biti uzrok depresije, dio depresije ili nepovezani s depresijom, ali su u vezi s povišenim rezultatima na skalama za ispitivanje depresivnosti. Stoga se katkad koristi izraz sekundarna depresija ukoliko se vjeruje da depresija prati ili je posljedica bilo koje od mnogih tjelesnih bolesti kojima je starija osoba podložna (Davison i Neale, 2002.).

Poteškoće u prepoznavanju kauzalnog odnosa između tjelesnih bolesti i depresije kod starijih osoba često su posljedica načina mjerenja depresije. Konkretno, većina skala za mjerenje depresije sadrži znatni broj tvrdnji koje se odnose upravo na tjelesne poteškoće (Novović i sur., 2006.). Da bi se riješili problemi u procjeni depresivnosti kod starijih osoba zbog preklapanja simptoma depresije kod mlađih depresivnih pacijenata i normalnih problema koje nosi starost, razvijene su posebne skale za staračku depresiju, kakva je »Gerijatrijska skala depresije«<sup>3</sup>, koja je utemeljena na psihološkim simptomima depresije, a isključuje tjelesne simptome.

<sup>3</sup> Geriatric Depression Scale (GDS) sastoji se od 30 tvrdnji, a konstruirali su je Yesavage i sur. (1983.). Kasnije je skala skraćena na 15 tvrdnji i može se naći na: [www.chcr.brown.edu/GDS\\_SHORT\\_FORM.PDF](http://www.chcr.brown.edu/GDS_SHORT_FORM.PDF).

### **Funkcionalne sposobnosti**

Mnoga istraživanja ukazala su na značaj funkcionalnih sposobnosti kao prediktora psihičkog zdravlja općenito, pa tako i depresije u starijoj životnoj dobi (Plavšić, 2012.a). Naime, funkcionalna sposobnost je kritični pokazatelj kvalitete života i zdravlja među starijim osobama, ponekad i važniji od prisutnosti neke bolesti. S povećanjem životne dobi dolazi do smanjenja funkcionalne sposobnosti. To je posebno naglašeno ukoliko osoba ima oštećen sluh ili vid, što značajno otežava obavljanje svakodnevnih poslova (npr. kućanskih poslova, nabavu namirnica, brigu o financijama). Pri tome je više poteškoća zamijećeno u žena nego u muškaraca (Parminder, Wong i Massfeller, 2004.).

Mjere funkcionalne sposobnosti obično se temelje na samoprocjeni ispitanika pa su stoga pod utjecajem brojnih bioloških i nebioloških čimbenika kao što su osobine ličnosti, motivacija, socioekonomski status, dostupnost zdravstvene skrbi, mreže socijalne podrške, osobna i kulturna vjerovanja te zdravstveno ponašanje (Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006.).

Uloga funkcionalne nesposobnosti u pojavi depresije od iznimne je važnosti posebice ako bolest narušava sposobnost osobe da zadrži svoju mrežu socijalne podrške (Berman i Furst, 2011.). Nadalje, istraživanja potvrđuju linearnu povezanost depresije i funkcionalne sposobnosti, pri čemu se smanjenjem funkcionalne sposobnosti, povećava učestalost depresivnih simptoma (Doeglas i sur., 2004.).

### **Ostali čimbenici rizika**

Najčešći istraživani psihološki i socijalni čimbenici rizika za pojavu depresije u starijoj životnoj dobi vezani su uz gubitak veza uzrokovan smrću bliske osobe ili partnera, odvojenosti od bliskih osoba zbog

selidbe u udaljenija mjesta, gubitkom socijalne uloge, gubitkom socijalnog statusa (npr. nakon umirovljenja), prošlim ili sadašnjim traumatskim iskustvima te gubitkom stvarne ili percipirane emocionalne ili socijalne potpore (Dean, Kolody i Wood, 1990.). Također, depresiju u starijih osoba može potkrijepiti i umirovljenje zbog slabijeg zdravlja te nižih prihoda umirovljenika (Davison i Neale, 2002.). Socioekonomski rizični čimbenici koji također pridonose depresiji su lošiji socioekonomski status, financijska oskudica, niža obrazovna razina te život u ruralnim zajednicama (Bazargan i Hamm-Baugh, 1995.; Urošević i sur., 2010.; Berman i Furst, 2011.).

Odlazak u starački dom također često prati povećanje depresivnih simptoma. Istraživanje 454 uzastopna nova prijema u starački dom pokazalo je da je 12,6% novopridošlica imalo depresivni poremećaj, a 18% depresivne simptome koje osoblje doma nije prepoznalo te su ostali bez odgovarajućeg tretmana (Rovner i sur., 1995., prema Schaie i Willis, 2001.). Isto istraživanje pokazalo je povećanje od 59% vjerojatnosti smrti u godini odlaska u starački dom za osobe koje pate od depresije.

U ovom kontekstu potrebno je naglasiti da su upravo slabljenje funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti vrlo često najbolji prediktori potrebe za institucionalnom skrbi starijih osoba te su stoga rezultati istraživanja koji pokazuju da je veća razina depresivnosti starijih osoba u domovima za starije osobe u odnosu na one koji žive u lokalnoj zajednici očekivani.

U novijim istraživanjima pokazuje se da je odnos između rizičnih čimbenika i simptoma depresije u starijoj životnoj dobi složen i da nije jednoznačan. Tako su neka istraživanja utvrdila da se osobe koje imaju depresiju s kasnim početkom, odnosno s početkom u starijoj životnoj dobi, ne razlikuju značajno po broju životnih događaja od onih s ranijim početkom (Janssen i sur.,

2006.). Također, pokazalo se da izolacija (socijalna i emocionalna) nije snažno povezana s ozbiljnom depresijom kod starijih osoba (Schaie i Willis, 2001.). Wilby (2011.) je pokazala da socijalna izolacija u nekim grupama starijih osoba ne mora biti rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma.

Za kritičko propitivanje ovih rizičnih čimbenika značajne su metaanalize istraživanja u ovom području. Tako je npr. Cole (2003.) analizirao 20 originalnih znanstvenih istraživanja koja su istraživala barem jedan od rizičnih čimbenika depresije u starijoj životnoj dobi određene temeljem kliničkih kriterija ili rezultata na skali za procjenu depresivnosti starije populacije koja živi u zajednici. Ova metaanaliza, u kojoj se analiziralo čak 42 različita čimbenika rizika, pokazala je da je samo njih pet značajno za pojavu depresije, odnosno da se s tih pet čimbenika rizika može objasniti velik udio depresivnosti starijih osoba. To su žalovanje, poteškoće spavanja, funkcionalna ograničenja, prethodna depresija i ženski spol. No i rezultati ove metaanalize zahtijevaju kritičnost. Naime, kao čimbenik rizika za pojavu depresije pojavljuju se poteškoće spavanja, što je tipični simptom depresije. To nas ponovno vraća na već spomenuti problem ispitivanja depresivnosti i preklapanje tvrdnji u različitim upitnicima koji se odnose na simptome, rizične čimbenike i tjelesne poteškoće.

### Cilj istraživanja

Polazeći od navedenog, cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos depresivnosti, psihičkog i fizičkog zdravlja i funkcionalne sposobnosti osoba smještenih u dom za starije i nemoćne osobe.

Problemi istraživanja bili su:

- Ispitati razlike u depresivnosti, zdravlju i funkcionalnoj sposobnosti ko-

risnika domova za starije i nemoćne osobe s obzirom na njihovu pokretljivost.

- Ispitati jedinstveni doprinos uključenih varijabli (spol, dob, pokretljivost, psihičko i fizičko zdravlje i funkcionalna sposobnost) objašnjenju depresivnosti.

U skladu s ranijim istraživanjima očekivala se negativna povezanost između depresivnosti i različitih aspekata zdravlja i funkcionalne sposobnosti, a pozitivan odnos psihičkog i fizičkog zdravlja te funkcionalne sposobnosti. Također su se očekivale razlike u obrascima povezanosti varijabli s obzirom na pokretljivost sudionika.

## METODOLOGIJA

### Sudionici

Ispitivanje je provedeno u dva doma za starije i nemoćne osobe. Jednom je domu osnivač Republika Hrvatska (»državni« dom), dok je drugi privatni dom. U državnom domu sudjelovalo je 56 starijih osoba, 17 (30%) muškaraca i 39 (70%) žena. Dob sudionika bila je između 55 i 101 godine, s prosjekom od 77,36 (SD = 8,41). Prosječna dob muškaraca (M = 74,40; SD = 8,20) i žena (M = 76,33; SD = 9,10) gotovo je identična [ $t(54) = 0,78; p > 0,05$ ]. U privatnom domu u istraživanju je sudjelovalo 45 starijih osoba, 13 (29%) muškaraca i 32 (71%) žene. Njihova prosječna dob bila je 75,34 (SD = 10,88), pri čemu je raspon dobi iznosio od 55 do 95 godina. Prosječna dob muškaraca (M = 76,18; SD = 10,59) i žena (M = 74,50; SD = 11,17) bila je gotovo identična [ $t(43) = 0,48; p > 0,05$ ]. Usporedbom sudionika iz dvaju domova s obzirom na dob [ $t(99) = 0,86; p > 0,05$ ] i spol [ $\chi^2(1, N = 101) = 0,87; p > 0,05$ ] nisu utvrđene značajne razlike.

Od 101 sudionika njih 35 bilo je nepokretno, pri čemu je njih 15 smješteno u pri-

vatnom, a njih 20 u državnom domu. Iako su nepokretni sudionici nešto stariji ( $M = 78,26$ ;  $SD = 9,33$ ) od pokretnih ( $M = 75,32$ ;  $SD = 10,76$ ), razlika nije bila statistički značajna [ $t(99) = 1,36$ ;  $p > 0,05$ ].

### Mjerni instrumenti

Depresivnost je mjerena **Skalom za samoprocjenu depresije** (*Self Rating Depression Scale – SDS*; Zung, 1965., prema Lučev, 2006.). Skala sadrži 20 čestica kojima su obuhvaćeni osnovni simptomi depresije, odnosno afektivne, fiziološke, psihomotorne te psihičke smetnje. Zadatak ispitanika je da za svaku tvrdnju odgovori na skali od četiri stupnja, pri čemu 1 znači »nikada«, a 4 »većinom ili uvijek«. Ukupni rezultat formira se tako da se zbroj odgovora na 20 tvrdnji podijeli s 80, a zatim pomnoži sa 100. Ukupni rezultat kreće se u rasponu vrijednosti od 25 do 100, pri čemu veći rezultat znači izraženiju depresivnost.

Prema brojnim radovima u kojima je korištena SDS utvrđeno je da osobe s blagom ili umjerenom depresijom postižu rezultate u rasponu od 50 do 59, oni s umjerenom do jakom depresijom od 60 do 69, dok oni s jakom depresijom postižu više od 70 bodova (Mavar, 1991., prema Lučev, 2006.). U ovom istraživanju koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alfa iznosio je  $\alpha = 0,87$ .

Zdravlje je mjereno **Upitnikom zdravlja SF-36** (Ware i sur., 1993.) koji se sastoji od 36 čestica, odnosno osam subskala: Tjelesno funkcioniranje (PF), Ograničenja u ostvarenju životnih uloga zbog tjelesnog zdravlja (RP), Tjelesni bolovi (BP), Opće zdravlje (GH), Vitalnost (energija/umor) (VT), Socijalno funkcioniranje (SF), Ograničenja u ostvarenju životnih uloga zbog emocionalnih problema (RE), i Tjelesno zdravlje (psihički nemir i psihološka dobrobit) (MH). Svaka od skala zahvaća

tjelesno, odnosno psihičko zdravlje kroz jednu od četiri konceptualno različite mjere zdravlja: a) funkcioniranje na ponašajnoj razini, b) percipiranu dobrobit, c) ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga te d) osobnu procjenu (percepciju) ukupnog zdravlja. Prve tri skale, PF, RP i BP, smatraju se mjerama tjelesnog zdravlja, a posljednje tri, SF, RE i MH, su mjere psihičkog zdravlja. Preostale dvije skale, GH i VT, su mješovite. U ovom istraživanju korištene su mjere tjelesnog i psihičkog zdravlja.

Rezultat na pojedinoj skali formira se tako da se broj bodova transformira u standardne vrijednosti i baždari na jedinstvenu skalu čiji teoretski minimum iznosi 0, a maksimum 100 bodova. Pri tome, veća vrijednost ukazuje na bolje zdravlje. U ovom istraživanju, iz Upitnika zdravlja SF-36 izostavljene su čestice broj 5, 6, 7, 9, 10, 11 i 12 zbog zasićenja kriterija (spurirozne korelacije). Naime, navedene su čestice vrlo slične određenim česticama iz Skale funkcionalne sposobnosti. Zbog toga, prosječni rezultati koji su dobiveni u ovom istraživanju ne mogu se uspoređivati s nalazima drugih istraživanja koja su koristila ovu skalu, no to ne dovodi u pitanje njihovo korištenje pod vidom cilja i problema ovog istraživanja. Koeficijent unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) za koncept psihičkog zdravlje iznosio je  $\alpha = 0,84$ , a za tjelesno zdravlje  $\alpha = 0,92$ .

Za procjenu funkcionalne sposobnosti korištena je **Skala funkcionalne sposobnosti** (Despot Lučanin, 1997.). Funkcionalna sposobnost procjenjuje se pomoću indeksa dnevnih aktivnosti koji obuhvaća 14 dnevnih aktivnosti, a procjenjuje se samostalnost u izvođenju svake na ljestvici od četiri stupnja, pri čemu najmanja vrijednost znači da osoba navedenu aktivnost ne može obaviti čak niti uz tuđu pomoć, a najveća da osoba može navedenu aktiv-

nost samostalno obaviti bez ičije pomoći. Veći ukupni rezultat pokazuje bolju funkcionalnu sposobnost. U ovom istraživanju Cronbach alfa iznosio je  $\alpha = 0,96$ .

### Postupak

Nakon dogovora s ravnateljicama oba doma za starije i nemoćne osobe i dobivenog odobrenja za primjenu upitnika, tijekom rujna 2011. godine provedeno je istraživanje. Istraživanje je provedeno grupno za vrijeme popodnevnog odmora. Prije primjene upitnika sudionicima je dana opća uputa za ispunjavanje upitnika koja je sadržavala i cilj ispitivanja, kao i njihov zadatak kao sudionika u istraživanju. Naglašeno je da je ispitivanje anonimno (od osobnih podataka traženi su samo spol i dob) zbog čega se očekuje iskrenost pri odgovaranju. Naglašeno je kako nema točnih i netočnih odgovora te da sudjelovanje u istraživanju nije obavezno. Ukupna primjena upitnika trajala je u prosjeku 30 minuta.

S ispitanicima lošijeg zdravstvenog stanja ( $N = 20$ ), koji su u ustanovi smješteni u dio za nepokretne osobe, istraživanje je provedeno individualno tako da je ispitivač redom postavljao pitanja iz upitnika te bilježio odgovore osobe. Takva primjena upitnika trajala je u prosjeku 20 minuta. Ovakav način ispitivanja ima i svojih nedostataka. Neposredni kontakt (licem u lice) s istraživačem može djelovati na iskrenost sudionika, i na to da sudionici daju socijal-

no poželjne odgovore. No to je bio jedini način da se obuhvati ovaj dio korisnika čije je sudjelovanje bilo važno za istraživanje. U ovom dijelu istraživanja istraživač je posvetio posebnu pozornost uspostavi odnosa sa sudionicima i naglašavanju povjerljivosti.

### REZULTATI

#### Razlike u depresivnosti, zdravlju i funkcionalnoj sposobnosti korisnika doma za starije i nemoćne osobe s obzirom na njihovu pokretljivost<sup>4</sup>

U skladu s očekivanjima, utvrđene su značajne razlike između pokretnih i nepokretnih sudionika na svim ispitivanim varijablama. Pri tome je depresivnost<sup>5</sup> bila izraženija kod nepokretnih osoba. Navedena razlika ne samo da je statistički značajna, već se radi i o kvalitativnoj razlici. Konkretno, rezultati u rasponu od 50 do 59 ukazuju na blagu i umjerenom depresiji (Mavar, 1990., prema Lučev, 2006.), a prosječeni rezultati nepokretnih starijih osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju su pri gornjem dijelu ovog raspona. Prosječni rezultati pokretnih starijih osoba ne ukazuju na prisutnost klinički značajne depresivnosti, iako polazeći od standardne devijacije i među njima ima onih s umjerenom depresivnosti.

Slično tome, nepokretni sudionici procjenjivali su svoje psihičko zdravlje<sup>6</sup> lošijim u odnosu na pokretne sudionike.

<sup>4</sup> Mjere simetričnosti pokazale su da distribucije pojedinih ispitivanih varijabli (npr. depresivnost, funkcionalna sposobnost) značajno odstupaju od normalne distribucije. Kako bi se poboljšala linearnost i smanjila asimetričnost distribucije, provedene su odgovarajuće statističke transformacije, npr. drugi korijen (engl. *square root*) ili refleksija (vidjeti opširnije u Tabachnick i Fidell, 2007.). Statistički postupci (t-test, korelacije i hijerarhijska regresijska analiza) provedeni su na transformiranim podacima. Zbog lakšeg razumijevanja, u tablicama su prikazane aritmetičke sredine i standardne devijacije netransformiranih (originalnih) rezultata.

<sup>5</sup> Depresivnost za sve ispitanika zajedno se kreće u rasponu od 28,75 do 81,25 ( $M = 50,84$ ;  $SD = 13,483$ ), pri čemu 27 sudionika postiže rezultate u rasponu od 50 do 59, a njih 21 preko 60 (Majdenić, 2012.).

<sup>6</sup> Mjere zdravlja za sve ispitanike zajedno ukazuju da se psihičko zdravlje kreće u rasponu od 4 do 100 s prosjekom  $M = 60,96$  ( $SD = 24,313$ ), što ukazuje da većina ispitanika ima zadovoljavajuće psihičko zdravlje. Rezultati na skali fizičkog zdravlja kreću se u rasponu od 0 do 100, s prosjekom  $M = 43,31$  ( $SD = 35,296$ ), što ukazuje na slabiju samoprocjenu fizičkog zdravlja u odnosu na psihičko (Majdenić, 2012.).



Očekivano, tjelesno zdravlje i funkcionalna sposobnost<sup>7</sup> znatno su lošiji kod nepokretnih nego kod pokretnih osoba. Veličine učinka za sve utvrđene razlike su velike i

kreću se od *Cohenov*  $d = 0,89$  za varijablu Depresija do *Cohenov*  $d = 1,88$  za funkcionalnu sposobnost. Rezultati analiza prikazani su u tablici 1.

Tablica 1.

*Usporedba pokretnih i nepokretnih sudionika s obzirom na depresiju, funkcionalnu sposobnost i procjenu vlastitog zdravlja*

Varijabla	Skupina	N	M	SD	t
Depresivnost	Nepokretni	35	58,07	12,94	4,24***
	Pokretni	66	47,01	12,21	
Psihičko zdravlje	Nepokretni	35	45,70	18,97	5,15***
	Pokretni	66	69,05	23,01	
Tjelesno zdravlje	Nepokretni	35	3,50	2,50	7,10***
	Pokretni	66	7,21	2,54	
Funkcionalna sposobnost	Nepokretni	35	28,77	13,06	7,54***
	Pokretni	66	46,06	9,98	

\*\*\* $p < 0,001$

### **Povezanost depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti**

Kao prvi korak u testiranju hipoteza, izračunate su korelacije između različitih aspekata zdravlja, funkcionalne sposobno-

sti i depresivnosti. Dobivene su korelacije prikazane zasebno za pokretne i nepokretne osobe u domu za starije i nemoćne osobe u tablici 2.

Tablica 2.

*Korelacije između depresivnosti, funkcionalne sposobnosti te psihičkog i fizičkog zdravlja za pokretne i nepokretne starije osobe*

		Depresija	Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje
Pokretni	Funkcionalna sposobnost	-0,45***	0,72***	0,53***
	Depresivnost	–	-0,40**	-0,78***
	Tjelesno zdravlje		¾	0,62**
Nepokretni	Funkcionalna sposobnost	-0,36*	0,76***	0,56***
	Depresivnost	¾	-0,16	-0,69***
	Tjelesno zdravlje		¾	0,50**

\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

<sup>7</sup> Funkcionalna sposobnost za sve ispitanike zajedno kreće se u rasponu od 14 do 56 s prosjekom  $M = 40,07$  ( $SD = 13,786$ ), što ukazuje na to da većina sudionika ima zadovoljavajuću funkcionalnu sposobnost (Majdenić, 2012.).

Dobiveni rezultati pokazuju da su obrasci povezanosti depresivnosti, tjelesnog i psihičkog zdravlja te funkcionalne sposobnosti slični kod pokretnih i nepokretnih starijih osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju. Očekivano, funkcionalna sposobnost, kao i pojedini aspekti zdravlja, pozitivno su povezani. Korelacije se kreću u rasponu od umjerenih do visokih. Pri tome su korelacije između funkcionalne sposobnosti i tjelesnog zdravlja veće od onih dobivenih za psihičko zdravlje. Nadalje, depresivnost je negativno povezana s funkcionalnom sposobnošću i psihičkim zdravljem i kod pokretnih i kod nepokretnih starijih osoba. No, utvrđena je razlika u odnosu depresivnosti i tjelesnog zdravlja između dvije skupine. Za razliku od poduzorka pokretnih ispitanika u kojem je utvrđena značajna negativna, iako niska,

povezanost depresivnosti i tjelesnog zdravlja, u poduzorku nepokretnih ona nije bila statistički značajna. Korelacije između depresivnosti i psihičkog zdravlja veće su od onih dobivenih za tjelesno zdravlje.

### **Pokretljivost kao moderator depresivnosti**

Kako bi se ispitala uloga pokretljivosti kao moderatora učinaka funkcionalne sposobnosti i različitih aspekata zdravlja na izraženost depresivnosti, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Depresivnost je uključena kao zavisna varijabla, dok su kao nezavisne varijable u prvom koraku uključeni spol i pokretljivost (pokretan/nepokretan), a u drugom koraku dva aspekta zdravlja (psihičko i tjelesno) i funkcionalna sposobnost. Rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 3.  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize za depresiju kao kriterij

Model	Varijable	$\beta$	R <sup>2</sup>	F <sub>(promjena R<sup>2</sup>)</sub>
1. korak	Spol (ženski)	-0,46***	0,35	17,74***
	Dob	0,18*		
	Pokretljivost (nepokretan)	-0,40***		
2. korak	Spol (ženski)	-0,21**	0,67	33,68***
	Dob	-0,06		
	Pokretljivost (nepokretan)	-0,05		
	Psihičko zdravlje	-0,79***		
	Fizičko zdravlje	0,29*		
	Funkcionalna sposobnost	-0,35**		

\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

U prvom koraku značajnim prediktorima izraženosti depresivnosti pokazali su se spol, dob i pokretljivost. Dakle, žene, osobe starije životne dobi i nepokretne osobe izvještavale su o izraženijoj depresiji. Varijable uključene u prvi korak objašnjavaju 35% varijance depresivnosti.

U drugom koraku, u kojem je objašnjeno 67% varijance depresivnosti, očekivano je utvrđeno da su psihičko zdravlje i funkcionalna sposobnost negativni prediktori depresivnosti. Dakle, osobe koje su procjenjivale svoje psihičko zdravlje i funkcionalnu sposobnost lošijima ujedno

su izvještavale i o izraženoj depresivnosti. No, suprotno očekivanjima (vidjeti tablicu 2.), tjelesno zdravlje pokazalo se pozitivnim prediktorom izraženosti depresivnosti. Dodatnim analizama utvrđeno je da je beta-koeficijent tjelesnog zdravlja promijenio predznak nakon uključivanja varijable psihičko zdravlje u regresijsku analizu. Osim toga, i beta-koeficijent varijable psihičko zdravlje postao je veći nego korelacije s varijablom depresivnosti (vidjeti tablicu 2.). Ovi rezultati sugeriraju postojanje tzv. *crossover supresije* (Paulhus i sur., 2004.). Osim toga, nakon uključivanja aspekata zdravlje i funkcionalna sposobnost, dob i pokretljivost više nisu bili značajni prediktori depresivnosti.

## RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos depresivnosti, psihičkog i fizičkog zdravlja i funkcionalne sposobnosti kod pokretnih i nepokretnih osoba smještenih u dom za stare i nemoćne osobe. U skladu s očekivanjima, nepokretne starije osobe pokazale su lošije rezultate na svim promatranim varijablama. I analiza povezanosti ovih varijabli zasebno za pokretne i nepokretne korisnike pokazala je da su funkcionalna sposobnost, kao i pojedini aspekti zdravlja, pozitivno povezani. Depresivnost je negativno povezana s funkcionalnom sposobnošću i psihičkim zdravljem i kod pokretnih i kod nepokretnih starijih osoba. Ovi rezultati u skladu su s istraživanjem Doeglas i sur. (2004.) koji su pokazali linearnu povezanost depresije i funkcionalne sposobnosti, pri čemu se smanjenjem funkcionalne sposobnosti povećava učestalost depresivnih simptoma. Pod tim vidom, vrlo je značajno i opsežno istraživanje Tomek-Roksandić i sur. (2010.) koje su pokazale da mentalni status ima značajniju ulogu od fizičkog statusa za dulje korištenje izvanin-

stitucionalne u odnosu na institucionalnu skrb starijih osoba.

Za razliku od poduzorka pokretnih ispitanika u kojem je utvrđena značajna negativna, iako niska, povezanost depresivnosti i tjelesnog zdravlja, u poduzorku nepokretnih ona nije statistički značajna. To ide u prilog istraživanjima koja govore da je funkcionalno ograničenje snažniji prediktor depresivnosti od samih tjelesnih bolesti. Tako su npr. Prince i sur. (1998.) utvrdili kako je tjelesno ograničenje osobe najvažniji prediktor pojave depresije u starijoj životnoj dobi, dok je održavanje depresije bilo više povezano sa siromašnom socijalnom podrškom. Iz navedenog proizlazi da su dobra socijalna podrška te bliski prijatelji zaštitni čimbenici za održavanje depresije u starijoj dobi. Drugim riječima, osoba može doživjeti neki težak događaj, gubitak ili ostati nepokretna što može dovesti do pojave depresije, međutim, ukoliko osoba ima jaku socijalnu podršku depresija se neće održati dulje vrijeme već će depresivni simptomi slabiti i na kraju iščeznuti. Stvarnost je ipak često drugačija te je u velikom broju slučajeva kod nepokretne osobe društvena mreža sužena na medicinsko osoblje i osobu s kojom dijeli sobu te eventualne posjete što može pojačavati osjećaje izoliranosti, »različitosti« od drugih i manje vrijednosti, što su sve rizični čimbenici za pojavu depresije.

Za osvrt na obrasce povezanosti koji su dobiveni u ovom istraživanju između depresivnosti, tjelesnog i psihičkog zdravlja te funkcionalne sposobnosti, značajni su nalazi istraživanja koje je provedeno u dva navrata na slučajnom klasteriziranom uzorku osoba starijih od 70 godina koje žive same ili u zajedničkom domaćinstvu na području Istre (Plavšić, 2012.b). U prvom istraživanju (1995. godina) sudjelovalo je 389 osoba u dobi od 70 do 98 godina, a u drugom istraživanju (2005. godina) 461

osoba u dobi od 70 do 99 godina. Tjelesno je zdravlje u obje kohorte bilo negativno povezano (-0,27 i -0,38) s depresivnošću. Funkcionalne sposobnosti su također negativno (-0,17 i -0,50) povezane s depresivnošću u obje kohorte. Ono što možemo uočiti da, iako je smjer svih povezanosti isti kao i u našem istraživanju, u našem istraživanju su svi koeficijenti korelacije vidno viši, odnosno u našem istraživanju korelacije se kreću u rasponu od umjerenih do visokih. To upućuje da je ovaj uzorak relativno homogen s obzirom na odnose među ispitivanim varijablama uz iznimku izostanka povezanosti između depresivnosti i tjelesnog zdravlja kod nepokretnih starijih osoba. S obzirom da se radi o relativno malom uzorku nepokretnih osoba, u daljnjim istraživanjima je potrebno na većim uzorcima dodatno provjeriti ove nalaze.

Regresijska analiza pokazala je rezultate u skladu s očekivanjima da su ženski spol, psihičko zdravlje i funkcionalna sposobnost negativni prediktori depresivnosti, no suprotno očekivanju da je tjelesno zdravlje pozitivni prediktor izraženosti depresivnosti. Zanimljiv je uvid da nakon uključivanja dva aspekta zdravlja i funkcionalne sposobnosti, dob i pokretljivost više nisu bili značajni prediktori depresivnosti. Pod tim vidom je interesantan podatak iz već opisanog istraživanja Novovića i sur. (2006.) da se procjena tjelesnog zdravlja kao lošijeg javlja u sklopu kliničke, ali ne i staračke depresije. Autori ovaj neočekivani nalaz objašnjavaju time što su uzorak starijih osoba činili ispitanici koji su bili u stanju rješavati upitnike te se može pretpostaviti da se radi o osobama koje su i tjelesno očuvanije, a samim time i sklonije pozitivnoj procjeni svog tjelesnog zdravlja. S druge strane, njihova procjena vlastitog zdravstvenog stanja kao jednakog onom kod vršnjaka ne povlači za sobom i procjenu toga stanja kao dobrog. Nadalje, navode

da se čini smislenim da se pad motivacije javlja kao posljedica uvjeta života u domu, gdje je dobar dio kontrole u rukama osoblja, uslijed čega se korisnici osjećaju bespomoćnijim nego populacija starih koja živi van domova (Novović i sur., 2006.). Njihova mobilnost je također narušena zbog ograničavanja prostora u kojemu se mogu kretati na prostor u ustanovi i oko ustanove (Yeung, Ching i Chung, 2010.).

Pitanje odnosa realnih događaja, somatskih tegoba i kognitivnih ograničenja koja pogađaju starije osobe s depresijom i bez nje nije beznačajno za tretman i odnos prema starim ljudima. Kao što navode Novović i sur. (2006.), profesije koje se bave ovom populacijom osciliraju između ekstrema. Jedna grupa autora prenaplaćava probleme depresije kod starih, inzistira na što bržem i lakšem prepoznavanju poremećaja, kako bi se što prije pružila pomoć tim osobama (npr. Rahman, 2005.). Na drugom kraju je grupa autora koja smatra da proglašavanje normalnih problema življenja u starosti poremećajem predstavlja medikalizaciju starosti, gdje se starim ljudima ne dozvoljava da prežale svoje gubitke i žive s objektivnim problemima, već se proglašavaju depresivnima na temelju upravo tih istih problema s kojima se suočavaju (Lidz i Parker, 2003.).

S druge strane, kod starih ljudi nemogućnost da se uživa u stvarima koje su nekada pričinjavale zadovoljstvo nije pitanje subjektivne procjene, već realna činjenica. Slabljenje tjelesne snage i kognitivnih sposobnosti predstavljaju realnu prepreku u mnogim ranijim aktivnostima i igrama, a gubitkom dragih osoba ispitanici su također dodatno lišeni izvora pozitivne stimulacije. U terminima bihevioralno orijentiranih autora, kod starijih ljudi dolazi do značajne redukcije pozitivnih potkrepljenja, koju ovi autori vide i kao središnji problem depresije (Lewinsohn i sur., 1981., prema

Novović i sur., 2006.). Specifičnost depresivnosti kod starih ljudi, bar što se tiče depresije koja nema endogena obilježja, mogla bi se nalaziti upravo u njihovoj lišenosti pozitivnih životnih iskustava, a ne toliko u gomilanju negativnih iskustava.

### Praktične implikacije

Primijenjeni cilj ovog istraživanja je senzibilizacija stručnjaka koji rade sa starijim osobama u domovima za starije i nemoćne osobe za pravodobno prepoznavanje pojedinaca i skupina visokog rizika za razvoj depresije te unapređivanje usluga koje se pružaju u domovima za starije i nemoćne osobe, a koje bi trebale pridonijeti prevenciji, ranom prepoznavanju i odgovarajućem postupanju u slučajevima depresivnosti korisnika.

U postojećim istraživanjima koja su se bavila depresivnosti u starijoj dobi kao važan problem pokazala se činjenica da starije osobe ne traže stručnu pomoć kod pojave depresivnih simptoma. Istovremeno, stručnjaci i njegovatelji koji s njima rade u domu mogu smatrati te simptome normalnim dijelom procesa starenja. Također se utvrdilo kako starije osobe imaju poteškoće u prepoznavanju depresivnih simptoma što je još izraženije zbog nastojanja starijih osoba da pronađu objašnjenje za svoje zdravstvene poteškoće (Gottfries, Noltorp i Norgaard, 1997.). Stoga bi djelatnici domova za starije osobe trebali znati prepoznati pojavu depresivnih simptoma kako bi se u tretman depresije krenulo u što ranijoj fazi.

Glavni prigovor domskom smještaju je činjenica da je starija osoba izdvojena iz svoje fizičke i socijalne sredine. Za stariju osobu promjena boravišta može biti popraćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećajem da se nekom nameće ili da joj se netko nameće (Fessman i Lester, 2000., prema Lovreković i Leutar, 2010.).

Da bi osoba starije životne dobi donekle ublažila stres zbog preseljenja u novu sredinu i bila zadovoljna nastavkom života u domu, potreban je prvenstveno njen dobrovoljni pristanak. Tijekom provođenja ovog istraživanja u razgovoru s korisnicima ustanova, pogotovo s nepokretnim sudionicima istraživanja, uočeno je kako velika većina njih u dom nije došla dobrovoljno. Iako se ne radi o sustavno prikupljenim podacima, navodimo razloge za smještaj u ustanovu koji su sudionici u spontanom razgovoru najčešće navodili: »Za mene se nema tko brinuti.«, »Ja nemam nikoga.«, »Mene nitko ne treba.«, »Djeca su mi uzela kuću pa sam im ja smetao/la.«, »Država me smjestila u dom.« i sl. Također su iskazali ogorčenje, tugu, razočaranje te su neki od njih izražavali da priželjkuju što skoriju smrt. Stoga je potrebno posvetiti i dodatnu pozornost korisnicima koji nisu u dom došli svojom voljom te ovu varijablu uključiti u iduća kvantitativna istraživanja i probuditi njihove nalaze kvalitativnim pristupom.

### Ograničenja i moguća proširenja istraživanja

Kritički osvrt na rezultate ukazao je na neke nedostatke istraživanja koji se mogu otkloniti u budućim studijama. Na primjer, korišteni upitnik zdravlja temelji se na samoprocjeni. U budućim istraživanjima mogli bi se uključiti i objektivni pokazatelji zdravlja i procjena zdravlja starije osobe od strane medicinskog osoblja u domu te provjeriti uzajamnu povezanost »subjektivnog« i »objektivnog« zdravlja te povezanost svakog od ovih konstrukata s razinom depresivnosti. Naime, česta je pojava da starije osobe prilagođavaju percepciju vlastitog zdravlja očekivanjima vezanim uz stariju dob ili se uspoređuju sa svojim vršnjacima (Idler, 1993., prema Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006.). Tako se u

razgovoru sa sudionicima ovog istraživanja često moglo čuti kako osobe procjenjuju svoje zdravlje uspoređujući se s drugima, što je posebno izraženo kod pokretnih osoba koje se intenzivnije družu s nepokretnom osobom. Ta će osoba svoje zdravlje procijeniti pozitivnijim zbog usporedbe s nepokretnom osobom koja ništa ili malo toga može napraviti bez tuđe pomoći. Vlastito zdravlje će joj izgledati puno bolje jer osoba na neki način snižava svoje kriterije te je zadovoljna što se uopće može kretati. Kod takve osobe bi se stoga rjeđe mogli pojaviti depresivni simptomi. Proširenjem istraživanja i na »objektivne« pokazatelje zdravlja to bi mogli provjeriti. Također bi bilo potrebno pažljivije razmotriti koju od skala za ispitivanje depresivnosti koristiti u daljnjim istraživanjima.

Dobar uvid u obrasce povezanosti među ispitivanim varijablama dobio bi se longitudinalnim istraživanjem. Kad se radi o korisnicima domova za starije i nemoćne osobe, mogao bi se relativno jednostavno uvesti postupak u kojem bi se određeni broj relevantnih pokazatelja tjelesnog i psihičkog zdravlja, uključujući i varijable iz ovog istraživanja, mogao sustavno pratiti u određenim vremenskim razdobljima kao dio postupka procjene potrebe korisnika od samog ulaska u dom. Takvim istraživanjem dobili bi se odgovori na pitanja postoji li određeni kontinuitet u raspoloženju osobe te je li depresija posljedica boravka u domu ili je osoba u dom došla s već nekim simptomom depresije. Također bi takvim sustavnim praćenjem mogli zaključiti uzrokuju li lošije zdravlje i funkcionalna (ne)spособnost depresiju ili je odnos obrnut. U takvo sustavno praćenje potrebe korisnika mogle bi se uključiti i još neke varijable koje su se pokazale značajnima u nekim drugim istraživanjima, a nisu bile uključene u ovo istraživanje, npr. socijalna podrška u domu, kontakti s obitelji i slično.

Nadalje, u budućim istraživanjima trebalo bi uključiti više različitih domova te ispitati postoji li razlika u ispitivanim varijablama kod korisnika državnih i privatnih domova. Konkretno, u ovom istraživanju pokazalo se da je depresija izraženija ( $t(99)=5,725$ ;  $p < 0,01$ ) te da je psihičko zdravlje sudionika značajno lošije ( $t(99)=2,997$ ;  $p < 0,01$ ) u privatnom domu nego kod onih koji su u državnom domu. Jedan od mogućih razloga je taj da je u privatni dom značajni dio korisnika smješten od strane socijalne službe ili od obitelji koja se ne može ili ne želi skrbiti o starijoj osobi. Za razliku od toga, u državnom domu, situacija je nešto drugačija. Ondje postoje liste čekanja korisnika koji žele svojevoljno ući u dom pa im je samim time viša motivacija za druženje i prilagodbu na nove uvjete života. Razloge za ovakav rezultat mogli bismo tražiti i u osoblju domova, tako npr. u državnom domu koji je bio uključen u ovo istraživanje radi socijalni radnik, dok u privatnom domu nema stručne osobe koja bi se mogla specifično baviti psihosocijalnim potrebama. U buduća istraživanja mogli bismo također uključiti i pitanja o percepciji ljubaznosti i stručnosti osoblja.

## ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos depresivnosti, psihičkog i tjelesnog zdravlja i funkcionalne sposobnosti kod pokretnih i nepokretnih osoba smještenih u dom za stare i nemoćne osobe. U skladu s očekivanjima, nepokretne starije osobe pokazale su lošije rezultate na svim promatranim varijablama. Polazeći od navedenog, posebnu pažnju trebalo bi usmjeriti mentalnom zdravlju starijih osoba koje su nepokretne te onih koje nisu uključene u svakodnevne aktivnosti.

Ovim istraživanjem utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost između depresije, funkcionalne sposobnosti i (psihičkog i tjelesnog) zdravlja. Pri tome su ženski spol, smanjenje funkcionalne sposobnosti i lošija procjena psihičkog zdravlja, ali i bolja procjena tjelesnog zdravlja, prediktori izraženijih depresivnih simptoma. To upućuje na mogućnost da je etiologija depresivnosti kod starijih osoba koje žive u domovima za starije i onih koji žive samostalno drugačija te da je potrebno posvetiti dodatnu pozornost istraživanju ovih razlika.

Istodobno, potrebno je posvećivati sustavnu pozornost razvoju programa prepoznavanja i prevencije problema mentalnog zdravlja pa tako i depresivnosti kod svih starijih osoba koje žive u domovima. Da bi takvi programi potpore starijim osobama u domu bili uspješni, treba ih razvijati kao sastavni dio cjelovitih programa unapređenja kvalitete života i mentalnog zdravlja svih starijih osoba.

## LITERATURA

- Bazargan, M., & Hamm-Baugh, V. P. (1995). The relationship between chronic illness and depression in community of urban black elderly persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(2), 119-127. doi: 10.1093/geronb/50B.2.S119
- Berman, J., & Furst, L. M. (2011). *Depressed older adults: Education and screening*. New York: Springer.
- Chiu, E., Ames, D., Draper, B., & Snowdon, J. (2002). Depressive disorders in the elderly. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive disorders*. WPA Series evidence and experience in psychiatry Vol 1. Hoboken, NJ: Wiley.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Dean, A., Kolody, B., & Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 148-161. doi: 10.2307/2137169
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D., & Havelka, M. (2006). Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 15(4-5), 801-817. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/16717>
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Van den Heuvel, W., Van Rijswijk, M., Van Leeuwen, M., & Sanderma, R. (2004). Functional ability, social support and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 13(6), 1053-1065. doi: 10.1023/B:QURE.0000031339.04589.63
- Janssen, J., Beekman, A. T. F., Comijs, H. C., Deeg, D. J. H., & Heeren, T. J. (2006). Late-life depression: The differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 86-93. doi: 10.1002/gps.1428
- Gottfries, C. G., Noltorp, S., & Norgaard, N. (1997). Experience with a Swedish version of the Geriatric Depression Scale in primary care centers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(10), 1029-1034. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199710)12:10<1029::AID-GPS683>3.0.CO;2-D
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-226. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00273-7
- Kivela, S.-L., Kongäs-Saviaro, P., Kimmo, P., Kesti, E., & Laippala, P. (1996). Health, health behaviour and functional ability predicting depression in old age: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(10), 871-877. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199610)11:10<871::AID-GPS396>3.0.CO;2-6
- Lebowitz, B. D. (1999). Depression in late life. *Dialogues in clinical neuroscience*, 1(2), 57-65.

- Lidz, C. W., & Parker, L. S. (2003). Issues of ethics and identity in diagnosis of late life depression. *Ethics and Behavior*, 13(3), 249-262. doi: 10.1207/S15327019EB1303\_04
- Lovrečković, M., & Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19(1), 55-79. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/83113>
- Lučev, E. (2006). *Anksioznost i depresivnost kod cerebrovaskularne bolesti*. (Neobjavljeni diplomski rad). Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta, Zagreb.
- Majdenić, M. (2012). *Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalnih sposobnosti starijih osoba*. (Neobjavljeni diplomski rad). Filozofski fakultet, Studij psihologije, Osijek.
- Novović, Z., Čolović, P., Babić, M., & Mišić-Pavkov, G. (2006). Struktura kliničke i staračke depresivnosti: Sličnosti i razlike. *Psihologija*, 39(4), 425-437.
- Parminder, R., Wong, M., & Massfeller, H. (2004). The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BMC Geriatrics*, 4(3). doi: 10.1186/1471-2318-4-3
- Paulhus, D. L., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., & Tracy, J. L. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 303-328. doi: 10.1207/s15327906mbr3902\_7
- Plavšić, M. (2012a). Potpora osobama starije životne dobi, sprječavanje nasilja nad starijim osobama i unapređivanje života i mentalnog zdravlja. U V. Božičević, S. Brlas & M. Gulin (ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str. 322-335). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
- Plavšić, M. (2012b). *Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*. (Doktorski rad). Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta, Zagreb.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28(2), 337-350. doi: 10.1017/S0033291797006478
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression?. *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1384-90.
- Rahman, M. K. (2005). Post-retirement depression. *Update*, 71(6), 71-77.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Norton & Company.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Tomek-Roksandić, S., Tomasović-Mrčela, N., Smolej Narančić, N., & Sigl, G. (2010). Functional ability of the elderly in institutional and non-institutional care in Croatia. *Collegium antropologicum*, 34(3), 841-846. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/89472>
- Urošević, J., Davidović, M., Odović, G., Alexopoulos, C. A., & Mitrović, Lj. (2010). Učestalost depresije kod starih osoba. *PONS medicinski časopis*, 7(4), 144-149.
- Vulić-Prtorić, A., & Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: Razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*, 31(3-4), 115-140.
- Wilby, F. (2011). Depression and social networks in community dwelling elders: A descriptive study. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(3), 246-259. doi: 10.1080/01634372.2010.540074
- Yesavage J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Haug, V., Adey, M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Yeung, J. W. K., Ching, K. Y., & Chung, A. (2010). Correlates and prevalence of depression in Chinese residents of nursing homes in Hong Kong and implications for services and intervention policies. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(3), 445-460. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/96492>



### **Summary**

#### **THE RELATION BETWEEN DEPRESSION, HEALTH AND FUNCTIONAL ABILITY OF THE USERS OF HOMES FOR THE ELDERLY AND INFIRM**

**Marina Ajduković**

*Department of Social Work, Faculty of Law, University of Zagreb  
Zagreb, Croatia*

**Silvija Ručević**

*Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology  
University of J. J. Strossmayer  
Osijek, Croatia*

**Marija Majdenić**

*Numerous studies have shown that depression is one of the most common problems related to mental health of elderly persons. Female gender, physical illness, functional (in)ability, the loss of close persons and social support, loneliness and social isolation are mentioned as most frequent risk factors. It has also been shown that depression is more frequent and more prominent in persons who live in institutional setting. The aim of this research is to analyse the relation between gender and age with mobility, health, functional abilities and depression of elderly persons placed in the homes for the elderly and infirm. 101 elderly persons participated in the survey (30 men and 71 women), their average age was 76.34 years (SD=10.33). The depression level was assessed by Zung selfrating depression scale, functional ability by the Functional ability scale, and physical and mental health by the Health Questionnaire SF-36. In accordance with the researchers' expectations, a statistically significant connection between depression, functional ability and mental and physical health was established. The hierarchical regression analysis has shown that significant predictors for the occurrence of depression are female gender, poorer mental health and functional ability, and better physical health. The obtained results were analysed with the view of possibility of improving mental health care for elderly persons.*

**Key words:** elderly persons, depression, functional ability, physical and mental health, homes for the elderly.