

Percepcija kroničnih bolesti u kontekstu psihološke dobrobiti starijih osoba

/ Perception of Chronic Illnesses in the Context of Psychological Well-being of Older Adults

Neala Ambrosi-Randić, Marina Nekić¹, Ivana Tucak Junaković¹

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, Odjel za interdisciplinarne, talijanske i kulturološke studije, Pula, ¹Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, Zadar, Hrvatska

/ Dobra University in Pula, Department of Interdisciplinary, Italian and Cultural Studies, Pula, ¹University of Zadar, Department of Psychology, Zadar, Croatia

Starije osobe čine sve veći udio populacije, a među očekivanim pojavama u funkciji dobi kronične su bolesti koje mogu bitno utjecati na kvalitetu života. Na uzorku starijih osoba u dobi od 60 do 95 godina ispitani su kognitivni i emotivni aspekti bolesti, te njihov odnos s uspješnim starenjem, optimizmom i zadovoljstvom životom. Raspon broja bolesti kretao se od 1 do 5, a većina je osoba navodila da boluje od jedne kronične bolesti (72,9 %). Najčešće navedene bile su bolesti srca (51,7 %) te bolesti kostiju, zglobova i mišića (22 %). Rezultati su pokazali da je percepcija kroničnih bolesti u starijih osoba značajno povezana s varijablama psihološke dobrobiti pri čemu je procjena manjih posljedica bolesti i manjeg broja simptoma, te manja zabrinutost i bolja kontrola negativnih emocija povezana s većim optimizmom, većim zadovoljstvom životom te uspješnijim starenjem. Uz to, utvrđeno je da su tri dimenzije percepcije bolesti (osobna kontrola, kontrola tretmanom i koherentnost) značajni prediktori uspješnog starenja. Osobe koje imaju neku kroničnu bolest, no pri tome procjenjuju da ju kontroliraju i dobro razumiju, uspješno stare usprkos tome što su bolesne. Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na važnost razumijevanja i kontroliranja bolesti u kontekstu starenja i zadovoljstva životom.

/ Older people represent a growing part of population, and among expected phenomena, chronic illnesses may have an significant impact on overall quality of life. In a sample of elderly in age between 60 and 95, cognitive and emotional aspects of illnesses, as well as their relationships with successful aging, optimism and life satisfaction, were explored. Number of illnesses range from 1 to 5, and most of the participants reported they have one chronic illness (72.9%). Most frequently reported were heart diseases (51.7/%) and bone, joint and muscle diseases (22%). Results showed that perception of chronic illnesses significantly correlated with variables of psychological well-being. Namely, perception of less severe consequences and lower number of symptoms, less concern and better control of negative emotions were related with greater optimism, greater life satisfaction and more successful aging. Additionally, three dimensions of illness perception (personal control, treatment control and understanding) were significant predictors of successful aging. Older adults that have some chronic condition but, at the same time, estimate that they can control it and understand it well, can age successfully despite their illnesses. These results indicate the importance of understanding and controlling chronic illness in the context of successful ageing and life satisfaction.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Neala Ambrosi-Randić
 Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
 Odjel za interdisciplinarne, talijanske i
 kulturološke studije
 I.M.Ronjgova 1
 52 100 Pula, Hrvatska
 E-pošta: nambrosi@unipu.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Percepcija bolesti / *Illness perception*
 Starije osobe / *Older persons*
 Uspješno starenje / *Successful aging*
 Optimizam / *Optimism*
 Zadovoljstvo životom / *Life satisfaction*

UVOD

Svjetsko stanovništvo ubrzano stari, a očekuje se da će se između 2000. i 2050. postotak starijih udvostručiti te prijeći s 11 % na 22 %. Kod starijih se osoba javljaju tjelesne i zdravstvene promjene koje zahtijevaju adekvatan tretman (1). Prema istraživanju provedenom na reprezentativnom uzorku 56 % starijih osoba ima barem jednu od tri kronične bolesti: koronarnu arterijsku bolest, kongestivno zatajenje srca i dijabetes (2), a broj kroničnih bolesti ubrzano raste (3,4). Kronične bolesti imaju veliki utjecaj na tjelesno, psihološko i socijalno funkcioniranje starijih, a često su praćene stanjima kao što su bolovi i funkcionalna ograničenja koja smanjuju kvalitetu života (5). Oboljele osobe stvaraju modele odnosno vjerovanja o tome što je uzrokovalo njihovu bolest, koliko će ona trajati, te u kojoj se mjeri ona može liječiti i kontrolirati. Takva su uvjerenja važna jer pomažu pridavanju smisla simptomima, a i osnova su za suočavanje s bolešću. Većina istraživanja na području percepcije bolesti temelje se na Leventalovom modelu (6,7) prema kojem postoji nekoliko povezanih dimenzija. *Identitet* uključuje način na koji osoba opisuje svoje stanje i s njim povezane simptome. *Posljedice* uključuju očekivanje osobe o načinu na koji će bolest utjecati na njihovo tjelesno, socijalno i psihološko funkcioniranje. *Trajanje* je očekivanje o tome koliko će bolest trajati odnosno hoće li

biti prolazna ili kronična. Mogućnost kontrole tretmanom ili osobno je uvjerenje osobe o tome u kojoj je mjeri moguće oporaviti se od bolesti ili ju nadzirati, dok *uzroke* čine uvjerenja osobe o tome što je kod nje dovelo do nastanka bolesti. Identitet, posljedice, trajanje, tretman i uzroci predstavljaju kognitivnu dimenziju percepcije bolesti, dok se emotivna dimenzija sastoji od bolešću izazvanih negativnih reakcija kao što su zabrinutost, ljutnja, strah i depresivnost. Sve ove dimenzije zajedno određuju način na koji će se osobe suočavati s bolešću kao što je npr. odluka o tome da slijede ili ne slijede preporuke liječnika. Percepcija bolesti značajno varira kod pojedinih oboljelih populacija te je stoga proučavana kod različitih skupina bolesti (8), a posebice kod pacijenata s kardiovaskularnim bolestima, dijabetesom, karcinom i sl. Osim što utječe na ponašanje oboljelih, percepcija bolesti je korisna i za pridavanje smisla informacijama koje dolaze od zdravstvenih djelatnika, te za evaluaciju primjerenosti i učinkovitosti preporučenih savjeta i tretmana.

U funkciji starenja očekuju se, proučavaju i prate promjene u funkcionalnim sposobnostima i bolestima, no u posljednje se vrijeme sve veća pozornost pridaje konceptu uspješnoga starenja. Iako još uvijek ne postoji konsenzus oko njegova definiranja, razvijeni su modeli koji dolaze iz socijalnih, psiholoških i medicinskih znanosti (5). Biomedicinski modeli

definiraju uspješno starenje kao optimizaciju životnih očekivanja i minimizaciju tjelesnog i mentalnog propadanja, a dominantno se usmjeravaju na odsustvo kroničnih bolesti i rizika za njihov nastanak. Za psihosocijalne su modele ključni zadovoljstvo životom, socijalna uključenost i funkcioniranje te psihološki resursi kao što je osobni razvoj, dok laička poimanja samih starijih osoba o tome što je uspješno starenje uključuju mentalno, tjelesno i socijalno zdravlje, funkcioniranje i resurse, zadovoljstvo životom, osjećaj smisla, učenje novih stvari, financijsku sigurnost, smisao za humor i duhovnost. Laičke su definicije svojevrstan popis koji još uvijek nije adekvatno obuhvaćen teorijskim modelima (5), iako postoji ljestvica koja je namijenjena ispitivanju takvog shvaćanja uspješnoga starenja i upravo smo se njome poslužili u ovom istraživanju kako bismo mjerili ovaj psihološki konstrukt.

Među različitim osobinama koje su povezane s uspješnim starenjem nalazimo optimizam koji je u pozitivnoj korelaciji s tjelesnim i mentalnim zdravljem, a utječe i na percepciju bolesti i zdravlja. Novija istraživanja ukazuju da je optimizam u pozitivnoj korelaciji s psihološkim osjećajem dobrobiti (9). U istraživanju provedenom na starijim osobama dispozicijski se optimizam pokazao kao prediktor manjeg mortaliteta kako općenito tako i onoga uzrokovanog kardiovaskularnim bolestima (10,11), povezan je i s dužim preživljavanjem onkoloških pacijenata (12,13), te je zajedno s nižom razinom depresije prediktor sporijeg napredovanja bolesti kod osoba s AIDS-om (14). Iako se optimizam često smatra svojevrstnim faktorom zaštite u kontekstu tjelesnog i mentalnog zdravlja (15,16), postoje i ona istraživanja koja pokazuju da nije uvijek tako. Primjerice skupina autora (17) pronalazi da optimizam nije prediktor niže stope mortaliteta kod raka pluća, dok drugi navode kako optimizam prvo dovodi

do poboljšanja, a dugoročno do pogoršanja funkcioniranja imunološkog sustava kod pacijenata s HIV-om (18).

U starijoj životnoj dobi pojava bolesti je očekivana i uobičajena, a za većinu se kroničnih bolesti ne očekuje ozdravljenje. Iako brojne kronične bolesti nisu izravno fatalne (19), važne su jer uzrokuju bol i patnju te smanjuju funkcionalne sposobnosti što zahtijeva prilagodbu i suživot s takvim stanjima. Stoga je razumijevanje načina na koji starije osobe doživljavaju vlastite bolesti bitno, jer može pomoći u planiranju tretmana i intervencija na putu ka osiguravanju kvalitetnijeg života.

S obzirom na malen broj istraživanja uspješnog starenja u nas, a posebice generalnog nedostatka istraživanja koja ga stavljaju u kontekst s kroničnim bolestima, provedeno je istraživanje s ciljem ispitivanja odnosa percepcije kroničnih bolesti i uspješnoga starenja, optimizma i zadovoljstva životom kod starijih osoba. Pri tome je osnovni cilj bio ispitati način na koji starije osobe interpretiraju vlastite kronične bolesti, te provjeriti postoji li povezanost percepcije bolesti s varijablama psihološke dobrobiti.

METODOLOGIJA

Sudionici

Podatci prikazani u ovom radu dobiveni su u okviru šireg istraživanja nekih odrednica uspješnog starenja u Hrvatskoj. Za potrebe ovoga rada analizirani su podaci prikupljeni na prigodnom uzorku starijih osoba u dobi od 60 do 95 godina ($M = 70,86$; $SD = 6,83$). Uzeti su podaci samo onih sudionika (236) od njih ukupno 479, koji su u trenutku istraživanja izjavili da imaju neku kroničnu bolest. Taj je dio uzorka činilo 99 muškaraca i 137 žena. Sudionici su živjeli u 17 hrvatskih županija pri čemu veći dio u Istarskoj (29,2 %), Splitsko-dalmatinskoj (24,5 %) i Zadarskoj (13 %). Većina sudionika

bila je u braku (59,6 %), nešto manje od jedne trećine bili su udovci/udovice (29,6 %), manji dio (3,6 %) nikada nije bio u braku, razvedenih je bilo 5,1 %, dok je 2,2 % živjelo u nevjenčanoj zajednici. S obzirom na razinu obrazovanja, najviše je bilo onih sa završenom srednjom školom (46,6 %), zatim sa završenom ili nezavršenom osnovnom (31,8 %), dok je 21,7 % sudionika završilo višu ili visoku školu. Gradsko je stanovništvo činilo većinu (61 %), dok je 26 % sudionika živjelo na selu, a 13 % u manjem mjestu.

Mjerni instrumenti

Ljestvica samoprocjene uspješnog starenja (20) sastoji se od 20 čestica, a nastala je na temelju popisa obilježja uspješnog starenja (21). Uključuje različite aspekte uspješnog starenja, kao što su dobro funkcionalno stanje, tjelesno i psihičko zdravlje ili dobro socijalno funkcioniranje. Tipičan primjer čestice ove ljestvice glasi „Imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene“, a na svaku se tvrdnju odgovara pomoću ljestvice od 5 stupnjeva (od uopće se ne odnosi na mene do u potpunosti se odnosi na mene). Ukupan rezultat na ljestvici mjera je u kojoj sudionici svoje starenje procjenjuju kao uspješno. Ljestvica pokazuje jednofaktorsku strukturu i dobru pouzdanost tipa Cronbach alfa (.87).

Ljestvica optimizma (Life Orientation Test-Revised (LOT-R)) (22) sadrži šest čestica od kojih su tri pozitivno a tri negativno strukturirane. Sudionici odgovaraju na svaku česticu ljestvicom procjene od pet stupnjeva (od uopće se ne slažem do potpuno se slažem). Viši rezultat na ovoj ljestvici ukazuje na višu razinu optimizma. Pouzdanost ljestvice tipa unutarnje konzistencije relativno je niska (.55).

Upitnik percepcije bolesti – korištena je kratka verzija upitnika percepcije bolesti (*Brief Illnes Perception Questionnaire*) (23), koji se sastoji od 8 ljestvica za mjerenje identiteta,

posljedica, trajanja, osobne kontrole, kontrole tretmanom, zabrinutosti, koherentnosti i emocionalne reprezentacije i jedne čestice otvorenog tipa za opisivanje uzroka bolesti. Grafičke ljestvice procjene za svaku mjerenu dimenziju imaju po 11 stupnjeva (od uopće ne do jako/ekstremno/u potpunosti). Čestica broj 9 pitanje je otvorenog tipa na koje se traži da osoba navede tri najvažnija razloga koji su prema njoj doveli do nastanka bolesti. S obzirom da u ovom istraživanju nismo bili zainteresirani za jednu specifičnu bolest, već za sve kronične uz mogućnost navođenja većeg broja, ova čestica nije primijenjena. Prije ispunjavanja samog upitnika sudionici su dobili uputu da pristupe odgovaranju samo ako imaju neku kroničnu bolest, te da ju pri tome i imenuju. Test-retest pouzdanost te prediktivna valjanost prema autorima (23) je dobra.

Zadovoljstvo životom mjereno je jednom česticom (Koliko ste u cjelini zadovoljni svojim životom?) s ljestvicom odgovora u pet stupnjeva (od potpuno nezadovoljan/na do potpuno zadovoljan/na).

Postupak

Sudionici su regrutirani metodom snježne grude od strane samih istraživača, te studenata Sveučilišta u Zadru i Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli, koji su bili posebno uvježbani za primjenu upitnika. Podatci su prikupljeni individualno, a upitnike su sudionici popunjavali samostalno u prisutnosti ispitivača ili su im po potrebi čitana pitanja i tvrdnje. Primjena upitnika trajala je između 20 i 40 minuta.

REZULTATI

Raspon broja bolesti u našem uzorku kretao se od 1 do 5, a većina je osoba navodila da boluje od jedne kronične bolesti (72,9 %), dvije bolesti je navodilo 21,2 % osoba, tri bolesti 4,3 %, četiri bolesti 1,3 % te 0,4 % pet kroničnih

bolesti. Najčešće navođene bile su bolesti srca (51,7 %), te bolesti kostiju, zglobova i mišića (22 %). U tablici 1 prikazane su prosječne vrijednosti primijenjenih mjera na ukupnom uzorku, te kod osoba koje boluju od jedne i više kroničnih bolesti. U prvom koraku analize željeli smo provjeriti razlikuje li se percepcija bolesti kod osoba s jednom u odnosu na one s više kroničnih bolesti. T-test je pokazao da se postignuti rezultati na većini mjera ne razlikuju statistički značajno, uz iznimku onih na ljestvici Identiteta, stoga su u nastavku analize rezultati svih sudionika, bez obzira na vrstu i broj bolesti, uzeti zajedno u obradu. Smatramo važnim komentirati da su osobe s više kroničnih bolesti ujedno osjećale i veći broj simptoma u odnosu na one koje imaju samo jednu kroničnu bolest, što ukazuje na osjetljivost primijenjene ljestvice.

Deskriptivna statistika (tablica 1) podataka prikupljenih kratkim upitnikom percepcije kroničnih bolesti pokazuje nam da starije

osobe u našem uzorku procjenjuju da bolest odnosno bolesti umjereno utječu na njihov život i da ih dosta dobro mogu kontrolirati osobno i pomoću tretmana. Isto tako procjenjuju da jako dobro razumiju svoje bolesti (koherentnost) pri čemu nisu naročito zabrinuti zbog bolesti koje ne utječu mnogo na njihove emocije odnosno ne izazivaju ljutnju, strah ili zabrinutost. Simptomi koje osjećaju su prilično brojni (identitet), a procjenjuju kako će bolest(i) trajati zauvijek što ukazuje na realnu percepciju situacije s obzirom da je riječ o kroničnim bolestima. Tri varijable psihološke dobrobiti pokazuju nam da su prosječni rezultati pomaknuti prema višim vrijednostima, odnosno naši se sudionici procjenjuju dosta optimističnima i zadovoljnima, te smatraju da relativno uspješno stare. Između osoba koje imaju jednu i onih s više kroničnih bolesti nema statistički značajnih razlika u optimizmu, zadovoljstvu životom i procjeni uspješnoga starenja.

TABLICA 1. Osnovni deskriptivni pokazatelji mjerenih varijabli: aritmetičke sredine i standardne devijacije rezultata na ukupnom uzorku, te na skupinama osoba s jednom i više kroničnih bolesti

	Ukupan uzorak				Jedna kronična bolest N=170		Više kroničnih bolesti N=66		t ₍₂₃₂₎
	Min.	Max.	M	SD	M	SD	M	SD	
Posljedice	0	10	6,10	2,90	5,93	2,91	6,61	2,86	1,60
Trajanje	0	10	8,67	2,91	8,60	2,43	8,86	2,51	.73
Osobna kontrola	0	10	7,63	2,45	7,71	2,39	7,42	2,58	.79
Kontrola tretmanom	0	10	6,90	2,70	6,90	2,80	6,90	2,42	.01
Identitet	0	10	6,44	2,79	6,18	2,84	7,14	2,55	2,37*
Zabrinutost	0	10	5,01	3,10	4,87	2,99	5,39	3,36	1,15
Koherentnost	0	10	8,30	2,33	8,34	2,27	8,20	2,50	.39
Emocionalna reprezentacija	0	10	4,89	3,23	4,82	3,19	5,09	3,35	.58
Uspješno starenje	1,40	4,85	3,57	.58	3,58	.55	3,54	.64	.47
Optimizam	1,17	4,83	3,25	.64	3,26	.61	3,22	.73	.51
Zadovoljstvo životom	1	5	3,78	.86	3,83	.87	3,64	.82	1,47

*p < .01

TABLICA 2. Koeficijenti korelacija između dimenzija percepcije bolesti i varijabli psihološke dobrobiti kod starijih osoba s kroničnim bolestima (N = 236)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Posljedice	.35**	-.05	-.25**	.64**	.56**	-.04	.50**	-.33**	-.22**	-.22**
2. Trajanje	-	.18**	.01	.30**	.30**	.16*	.19**	-.07	-.05	-.03
3. Osobna kontrola		-	.30**	-.17*	-.22**	.29**	-.29**	.40**	.26**	.21**
4. Kontrola tretmanom			-	-.34**	-.17**	.25**	-.17**	.35**	.16*	.27**
5. Identitet				-	.46**	.03	.47**	-.34**	-.17*	-.29**
6. Zabrinutost					-	-.01	.58**	-.30**	-.29**	-.24**
7. Koherentnost						-	-.01	.31**	.15*	.12
8. Emocionalna reprezentacija							-	-.35**	-.41**	-.25**
9. Uspješno starenje								-	.43**	.52**
10. Optimizam									-	.37**
11. Zadovoljstvo životom										-

*p < .05; **p < .01

Korelacijske analize između percepcije bolesti, uspješnoga starenja, optimizma i zadovoljstva životom

U sljedećem koraku analize izračunali smo koeficijente korelacija između osam dimenzija percepcije bolesti i triju aspekata psihološke dobrobiti.

Pojedine dimenzije percepcije bolesti u međusobnoj su korelaciji, pa se tako primjerice uz doživljavanje brojnijih simptoma bolesti javlja veća zabrinutost, procjena da će posljedice biti veće, da će duže trajati, te da je tretman manje uspješan u kontroli bolesti. Osobe koje procjenjuju da će posljedice njihovih bolesti biti veće ujedno iskazuju i veću zabrinutost te doživljavaju više negativnih emocija uzrokovanih bolešću. Dobro razumijevanje simptoma i prirode vlastite bolesti u pozitivnoj je korelaciji s obje vrste kontrole. Rezultati prikazani u tablici 2 pokazuju da je percepcija kroničnih bolesti kod starijih osoba značajno povezana i s varijablama psihološke dobrobiti na način da je procjena manjih posljedica bolesti i manjeg broja simptoma, te manja zabrinutost i bolja kontrola (bilo osobno ili putem tretmana) kao i manje doživljavanje negativnih emocija

uzrokovanih bolešću povezano s većim optimizmom, većim zadovoljstvom životom te uspješnijim starenjem. Procjena koherentnosti simptoma odnosno dobro razumijevanje vlastite bolesti povezana je s uspješnijim starenjem i većim optimizmom. Uspješno starenje, optimizam i zadovoljstvo životom u značajnim su međusobnim pozitivnim korelacijama.

Aspekti percepcije bolesti kao prediktori psihološke dobrobiti: uspješnoga starenja, optimizma i zadovoljstva životom

U sljedećem koraku provedene su multiple regresijske analize s uspješnim starenjem, optimizmom i zadovoljstvom životom kao kriterijima i osam dimenzija percepcije bolesti kao prediktorima, pri čemu su svi prediktori bili istovremeno uključeni u pojedine regresijske analize.

Podatci regresijskih analiza prikazani su u tablici 3, a pokazuju da su pet od osam ispitanih dimenzija percepcije bolesti (osobna kontrola, koherentnost, tretman, identitet i emocionalna reprezentacija) značajni prediktori pojedinih aspekata psihološke dobrobiti. Osobna kontrola i kontrola tretmanom te koherentnost značajni

TABLICA 3. Doprinos dimenzija percepcije bolesti objašnjenju varijance psihološke dobrobiti (uspješno starenje, optimizam i zadovoljstvo životom)

Prediktori	Uspješno starenje	Optimizam	Zadovoljstvo životom
	β	β	β
Posljedice	-.12	-.05	-.01
Trajanje	.04	-.02	.04
Osobna kontrola	.25**	.17**	.11
Kontrola tretmanom	.12*	.06	-.05
Identitet	-.10	.10	-.22**
Zabrinutost	-.01	-.07	-.06
Koherentnost	.22**	.10	.11
Emocionalna reprezentacija	-.13	-.33**	.09
R	.58	.46	.36
R²	.34	.21	.13
F <small>(8, 229)</small>	14.27	7.41	4.09
P	.001	.001	.01

su prediktori uspješnoga starenja, te možemo reći da osobe koje imaju neku kroničnu bolest, no pri tome procjenjuju da imaju kontrolu nad vlastitom bolešću (kako osobno tako i uz pomoć tretmana) i dobro ju razumiju, uspješno stare usprkos tome što su bolesne. Dimenzije bolesti objašnjavaju veliki dio varijance uspješnoga starenja (34 %). Osobe s boljom kontrolom nad vlastitom bolešću te one koje doživljavaju manje negativnih emocija uzrokovanih bolešću optimističnije su od ostalih, a dimenzije bolesti objašnjavaju 21 % varijance optimizma. Kao značajan prediktor zadovoljstva životom pojavio se samo jedan aspekt percepcije bolesti i to identitet, koji nam ukazuje na to da su osobe koje doživljavaju manji broj simptoma značajno zadovoljnije svojim životom u cjelini. Percepcija bolesti objašnjava 13 % varijance zadovoljstva životom kod starijih osoba.

RASPRAVA

Cilj je ovog istraživanja bio ispitati način na koji starije osobe percipiraju i interpretiraju vlastite kronične bolesti, te provjeriti utječe li

doživljavanje bolesti na tri aspekta psihološke dobrobiti: optimizam, zadovoljstvo životom i osjećaj uspješnoga starenja. Za potrebe ovoga rada odabrali smo samo one starije osobe koje su u sklopu jednog šireg istraživanja izjavile da imaju neku kroničnu bolest, pri čemu je više od dvije trećine bolovalo od jedne kronične bolesti, a 20 % ih je izjavilo da boluje od dviju. Najčešće navođene bile su bolesti srca te one kostiju, zglobova i mišića, a ovaj je podatak u skladu s postojećom prevalencijom najčešćih dijada (povišeni tlak i artritis) kod kroničnih bolesti (3).

Modeli koje pacijenti stvaraju variraju ovisno o vrsti bolesti, a uz to su prisutne i individualne razlike unutar iste bolesti s obzirom da je doživljavanje bolesti uvijek vrlo osobno iskustvo. Prethodna istraživanja pokazuju da se percepcija bolesti ne mijenja u funkciji dobi ili ozbiljnosti same bolesti (24), a ovom podatku možemo dodati nalaz našeg istraživanja koji nam pokazuje da se kod kroničnih bolesti percepcija ne mijenja u funkciji povećavanja broja bolesti uz iznimku broja simptoma. Naime, naši su sudionici s jednom

i više kroničnih bolesti na podjednak način procjenjivali trajanje, posljedice, kontrolu i nisu se razlikovali po stupnju zabrinutosti i negativnim emocijama koje bolest izaziva. Prethodna istraživanja percepcije bolesti pojedinih vrsta kroničnih bolesti (23) provedena na mlađim sudionicima u odnosu na naše, proizvela su bitno različite prosječne vrijednosti za pojedine dimenzije bolesti. Tako su primjerice posljedice za dijabetes iznosile 4,7, za astmu 3,5, a za infarkt miokarda 4,1, što u usporedbi s našom prosječnom vrijednošću koja iznosi 6,1 predstavlja znatno niže vrijednosti. Identitet se kod istih skupina bolesti kretao između 3 i 4, dok kod naših sudionika iznosi 6,4, što ukazuje da se u funkciji dobi doživljavaju brojniji simptomi čak i u slučajevima kada postoji samo jedna kronična bolest. Ovakve bismo nalaze mogli smatrati suprotnima prethodno navedenom zaključku (24) prema kojem se percepcija ne mijenja u funkciji dobi, no riječ je o podacima dobivenim (iako istim instrumentom) na različitim uzorcima što čini mogućnost usporedbe otežanom, pa bi u nastavku longitudinalno istraživanje bilo primjerenije za zaključivanje o odnosu percepcije bolesti u funkciji dobi. Na temelju primijenjenog instrumenta mogli bismo percepciju kroničnih bolesti kod starijih opisati na sljedeći način: bolest umjereno utječe na njihov život, dosta ju dobro kontroliraju, smatraju da je dobro razumiju i ne brinu naročito zbog bolesti. Usprkos tome što osjećaju relativno brojne simptome, bolest ne izaziva mnogo negativnih emocija. S obzirom da očekuju i procjenjuju da će bolest trajati zauvijek mogli bismo ocijeniti njihovu percepciju realnom. Na važnost realne percepcije bolesti upozoravaju pojedini istraživači (9) koji ukazuju na to da nerealno pozitivna percepcija bolesti može biti neprikladna, a u nekim slučajevima čak i povezana s lošijim ishodima. Više dimenzija percepcije bolesti mogu biti potencijalno „nerealno pozitivne“ kod kroničnih degenerativnih bolesti. Pacijen-

ti koji percipiraju manje posljedica kroničnih bolesti, koji su uvjereni u vlastitu sposobnost kontroliranja ili liječenja bolesti ili oni koji percipiraju da će bolest biti akutna te misle da će se u bliskoj budućnosti oporaviti, mogu se smatrati osobama koje imaju nerealno pozitivnu percepciju.

Iako se trenutno još uvijek najčešće koristi medicinski model uspješnoga starenja (5), u ovom smo istraživanju krenuli od koncepta zahvaćenog u terminima laičkog modela. Razloga za to je više: u prvom redu zbog toga što se medicinski model temelji na odsustvu bolesti, a u funkciji dobi one su česta i očekivana pojava, ali i zbog toga što je laički model za sada najsvieobuhvatniji i dobar je izbor pri testiranju valjanosti ostalih modela. Zanimljiva je posljedica korištenja biomedicinskog modela nesklad između procjene stručnjaka i samih starijih osoba: mnoge starije osobe smatraju za sebe da uspješno prolaze kroz život, dok ih medicinska klasifikacija s obzirom na prisutnost bolesti neće staviti u tu kategoriju. Stoga neki autori (25) sugeriraju da se razmisli o uključivanju poniznosti kao perspektive te da se poštuju procjene i stavovi same starije osobe kada traži pomoć, radije nego da se nameće medicinski model na njezin život. Naši su rezultati u skladu s ovakvim stavom: name, s obzirom da su svi naši sudionici imali jednu ili više kroničnih bolesti primjena bi ih medicinskoga modela uspješnoga starenja „izbacila“ iz kategorije uspješnih no, njihova je prosječna samoprocjena uspješnosti 3,57, što bismo mogli interpretirati kao relativno uspješno starenje.

Dosadašnja bibliografija o percepciji bolesti ukazuje na to da je pozitivna percepcija povezana s boljim ishodima (9,26), te da je bolji prediktor kvalitete života i psihološke dobrobiti od kliničkih i demografskih varijabli. Percepcija kroničnih bolesti na našem uzorku bila je značajno povezana s varijablama psihološke dobrobiti, pa su se uz procjenu ma-

njih posljedica i manjeg broja simptoma te manje zabrinutosti, manje negativnih emocija i bolje kontrole javljale veća razina optimizma, veće zadovoljstvo životom i procjena uspješnijeg starenja. Uz to, bolje razumijevanje prirode vlastite bolesti u pozitivnoj je vezi s optimizmom i uspješnim starenjem. Podatci ovog istraživanja u skladu su s prethodno navedenima s obzirom da su i kod naših starijih osoba pojedine dimenzije percepcije bolesti objašnjavale značajan dio varijance kako optimizma i zadovoljstva životom tako i uspješnoga starenja. Dobiveni rezultati pokazuju nam da osobna kontrola bolesti i njeno razumijevanje doprinose objašnjenju uspješnoga starenja kod osoba s kroničnim bolestima pri čemu se osobna kontrola pojavila kao značajna i u objašnjenju optimizma. No, za optimizam je još i važniji prediktor manji broj negativnih emocija koje bolest izaziva. I dok je prema nekim istraživačima optimizam svojevrsni moderator između percepcije bolesti i osjećaja dobiti (27) pri čemu štiti osobe od negativne percepcije bolesti, drugi smatraju da pretjerani optimizam nije poželjan kod nekih bolesti kao primjerice kod Parkinsonovog sindroma (26) jer može dovesti do zanemarivanja liječenja te lošijih ishoda. Ovakvi nekonzistentni podatci upućuju na potrebu dodatnih istraživanja odnosa percepcije bolesti, optimizma i osjećaja dobiti kod kroničnih bolesti. Zanimljivo je da se kao prediktor zadovoljstva životom pojavila kao značajna samo jedna dimenzija percepcije bolesti koja nije prisutna kod preostala dva kriterija psihološke dobiti. Naime, manje doživljavanje simptoma bolesti prediktor je većeg zadovoljstva životom što nam ukazuje na važnost boli i njenog tretiranja u kontekstu kroničnih bolesti i starenja. Ovakvi nas nalazi navode na razmišljanje o važnosti edukacije i informiranja kao sastavnog dijela intervencijskog spektra kod osoba s kroničnim bolestima u cilju povećavanja psihološke dobiti i kvalitete života.

Ovom se istraživanju mogu uputiti i neki prigovori koji se u prvom redu odnose na uzorak istraživanja i mjerenje određenih varijabli. Uzorak istraživanja je prigodan, te bi u nastavku svakako valjalo pristupiti primjerenijim načinima uzorkovanja. Uz to, korištene su mjere samoprocjene koje mogu ugroziti unutarnju valjanost. Osim toga, koeficijent pouzdanosti jednoga od kriterija upućuje na postojanje relativno niske pouzdanosti ljestvice optimizma koja je niža od minimalne prihvatljive za istraživačke svrhe (28), te na budućim studijama ostaje da metrijski usavrše ovu često korištenu mjeru optimizma.

ZAKLJUČAK

Rezultati ovoga istraživanja pokazali su da je način na koji starije osobe percipiraju svoje kronične bolesti značajno povezan s varijablama psihološke dobiti, pri čemu je procjena manjih posljedica bolesti i manjeg broja simptoma, te manja zabrinutost i bolja kontrola negativnih emocija povezana s većim optimizmom, većim zadovoljstvom životom te uspješnijim starenjem. Uz to, u kontekstu psihološke dobiti važno je razumijevanje i kontroliranje vlastitih bolesti. Čini se da osobna kontrola, tretman i razumijevanje bolesti omogućavaju uspješno starenje usprkos prisutnosti kroničnih bolesti. Praktične implikacije istraživanja odnose se na zaključak da bi edukacija o simptomima i tijeku bolesti, te podrška pri izboru i poticanje na primjenu adekvatnih terapija mogle doprinijeti osjećaju dobiti kod oboljelih starijih osoba.

ZAHVALA

Autorice zahvaljuju Elizabeth A. Phelan na korisnim sugestijama i mogućnosti korištenja njezinih materijala u svrhu ispitivanja uspješnog starenja.

LITERATURA

1. WHO. World Health Report. Mental health and older adults. Geneva, 2013.
2. Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The Co-occurrence of Chronic Diseases and Geriatric Syndromes: The Health and Retirement Study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 511-16.
3. Ward BW, Schiller JS. Prevalence of Multiple Chronic Conditions Among US Adults: Estimates From the National Health Interview Survey, 2010. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: E65.
4. Vogeli C. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Medicine* 2007; 22: 391-5.
5. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it?. *BMJ* 2005; 331: 1548-51.
6. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. U: Rachman S, ur. *Medical Psychology* vol II. Pergamon Press, 1980.
7. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. U: Baum A, Taylor SE, Singer JE, ur. *Handbook of Psychology and Health*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1984; 219-52.
8. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2002; 64: 580-6.
9. Hurt CS, Burn DJ, Hindle J, Samuel M, Wilson K, Brown RG. Thinking positively about chronic illness: An exploration of optimism, illness perceptions and well-being in patients with Parkinson's disease. *Br J Health Psychol* 2014; 19: 363-79.
10. Giltay E, Jelleijne JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality in a Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1126-35.
11. Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med* 2006; 166: 431-6.
12. Schulz R, Bookwala J, Knapp JE, Scheier MF, Williamson GM. Pessimism, age and cancer mortality. *Psychol Aging* 1996; 11: 304-9.
13. Allison PJ, Guichard C, Fung K, Gilain L. Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *J Clin Oncol* 2003; 21: 543-8.
14. Ironson G, Balbin E, Stuetzle R i sur. Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in AIDS: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *Int J Behav Med* 2005; 12: 86-97.
15. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 4: 219-47.
16. Conversano C, Rotondo A, Lensi E, Della Vista O, Arpone F, Reda MA. Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clin Pract Epidemiol Ment Health: CP & EMH* 2010; 6: 25-29.
17. Schofield P, Ball D, Smith JG i sur. Optimism and survival in lung carcinoma patients. *Cancer* 2004; 100: 1276-1282.
18. Tomakowsky J, Lumley MA, Markowitz N, Frank C. Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *J Psychosom Res* 2001; 51: 577-87.
19. Singh S, Deshmukh P, Ungratwar A, Subramanyam AA, Kamath R. Does resilience affect illness perception and well-being in the elderly? *J Geriatr Ment Health* 2014; 1: 94-9.
20. Tucak Junaković I, Nekić M. Skala samoprocjene uspješnog starenja U: Tucak Junaković I, Burić I, Čubela Adorić V, Proroković A, Sliškić A, ur *Zbirka psiholoških skala i upitnika* 2016; 8: 37-43. Zadar: Sveučilište u Zadru.
21. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of „successful aging“ – How do they compare with researchers' definitions? *J Amer Geriatr Soc* 2004; 52: 211-16.
22. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Personality Soci Psychol* 1994; 67: 1063-78.
23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-7.
24. Aberkane S. Illness Perceptions and Disability Levels among Older Adults with Chronic Illness. *Iranian J Pub Health* 2016; 45: 710-12.
25. Callahan CM, McHorney CA, Mulrow CD. Successful aging and the humility of perspective. *Ann Intern Med* 2003; 139: 389-90.
26. Hurt CS, Weinman J, Lee R, Brown RG. The relationship of depression and disease stage to patient perceptions of Parkinson's disease. *J Health Psychol* 2012; 17: 1076-88.
27. Karademas EC, Kynigopoulou E, Aghathangelou E, Anestis D. The relation of illness representations to the 'end-stage' appraisal of outcomes through health status, and the moderating role of optimism. *Psychol and Health* 2011; 26: 567-83.
28. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Thousand Oaks: Sage publications, 1979.