

**Nikolija
Rakočević¹
Vesna Gavrilov-
Jerković**

Odsek za psihologiju,
Filozofski fakultet,
Univerzitet u Novom
Sadu

ULOGA USAMLJENOSTI U RELACIJI ZDRAVLJA I SUBJEKTIVNOG BLAGOSTANJA U STAROSTI²

Usamljenost je konstrukt kojem se posvećuje sve više pažnje kada se govori o populaciji starih. Iako u ovoj fazi života stare osobe objektivno ostaju bez brojnih manje ili više bliskih relacija, na usamljenost ipak gledamo prvenstveno kao na rezultat subjektivne procene pojedinca. Kada je u pitanju relacija zdravlja i subjektivnog blagostanja u starosti rezultati dosadašnjih istraživanja su nekonzistentni. U ovom istraživanju smo ispitivali da li i na koji način usamljenost utiče na relaciju zdravlja i subjektivnog blagostanja starih osoba. Uzorak je činilo 204 stare osobe sa teritorije Srbije, a prikupljanje podataka je sprovedeno tokom druge polovine 2014. godine. Od ukupnog broja ispitanika, starosti od 65 do 92 godine ($M = 72.57$), 121 osoba (59.3%) je bila ženskog pola. U istoj vremenskoj tački za svakog ispitanika prikupljene su dve mere zdravstvenog statusa (objektivnog i subjektivnog), mere kognitivnih i afektivnih indikatora subjektivnog blagostanja (zadovoljstvo životom, pozitivan afekat, negativan afekat i distres) i mera usamljenosti. Na prikupljenim podacima je sprovedeno osam hijerarhijskih regresionih analiza sa indikatorima zdravlja kao prediktorima i usamljenošću kao moderatorom. Dobijeni rezultati ukazuju na generalno deteriorirajući efekat usamljenosti na dobru adaptaciju u starosti. Prilikom ispitivanja moderatorske uloge usamljenosti dobijena je samo jedna značajna interakcija ($\beta = .23, p < .01$). Osim što ostvaruje glavni efekat sa svim indikatorima subjektivnog blagostanja, usamljenost ostvaruje i interaktivan efekat sa subjektivnom procenom zdravlja kada je u pitanju procena zadovoljstva životom kod starih. Osobe koje svoje zdravlje subjektivno procenjuju kao lošije, istovremeno izveštavaju i o nižem zadovoljstvu životom, ali samo pod uslovom da su i visoko usamljene. Kod osoba koje nisu usamljene ne postoji povezanost između subjektivne procene zdravlja i zadovoljstva životom.

¹ Adresa autora:
nikolijara@yahoo.com.

Primljeno: 23. 11. 2016.
Primljena korekcija:
02. 02. 2017.
Prihvaćeno za štampu:
05. 02. 2017.

Ključne reči: starost, usamljenost, zdravstveni status, subjektivno blagostanje

² Rad je nastao u okviru projekta Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja (ON179006).

Produženje životnog veka i porast broja starih osoba u svetu rezultat su dostižuća u savremenoj nauci, napretka u očuvanju zdravlja i tretmanu lečenja, kao i generalnog poboljšanja životnih uslova (Santrock, 1997). Duži životni vek i unapređeni uslovi koji pružaju mogućnost za promenu i razvoj stavljaju stare ljude pred brojne nove izazove sa kojima se ranije nisu susretali. Tokom procesa starenja, ljudi se susreću sa značajnim promenama prvenstveno u svom zdravstvenom statusu, odnosno sa manjim ili većim opadanjem psihofizičkog funkcionisanja i, usled toga, sa smanjenjem efikasnosti. Istraživanja pokazuju da je zdravstveni status uz personalne faktore jedan od najznačajnijih prediktora blagostanja kod starih osoba (Laukka, 2007). Stoga je jedan od osnovnih razvojnih zadataka u starosti upravo očuvanje zdravlja i prilagođavanje na smanjenu fizičku snagu (Schaie & Willis, 2002). Važno je naglasiti da, iako starost jeste životna dob tokom koje se zdravstveni problemi javljaju znatno učestalije u odnosu na druge razvojne stadijume, individualne razlike u zdravstvenom statusu zahtevaju dodatnu istraživačku pažnju. Dok neke osobe boluju od više akutnih i hroničnih bolesti, druge ostaju relativno zdrave do duboko u starost, te je neopravdano pretpostaviti kako stare osobe imaju zdravstvena ograničenja isključivo zbog starosne kategorije kojoj pripadaju.

Studije koje su se bavile promenom zdravstvenog statusa sa procesom starenja ukazuju na značaj razlikovanja objektivnog od subjektivnog indikatora zdravstvenog statusa starih, ukazujući na to da je za dužinu i kvalitet života starih znatno važnije koliko se osoba oseća zdravom od objektivnih pokazatelja njenog zdravlja. Više studija sprovedenih na internacionalnom uzorku pokazuju kako je subjektivna procena u odnosu na objektivnu procenu zdravlja značajniji prediktor širokog spektra organskih oboljenja i smrtnosti starih osoba (Benjamins, Hummer, Eberstein, & Nam, 2004; Wu et al., 2013). Nadalje, istraživači koji su se bavili ispitivanjem faktora povezanih sa subjektivnom procenom zdravlja utvrdili su da je ona visoko povezana sa stepenom fizičke i mentalne onesposobljenosti, kao i sa smrtnošću starih osoba (Damian, Ruigomez, Pastor, & Martin-Moreno, 1999; Goldberg, Gueguen, Schmaus, Nakache, & Goldberg, 2001; Kaplan et al., 1996). Dosadašnji nalazi jesu razlog zbog kojeg su u ovo istraživanje uključene i subjektivna i objektivna mera zdravstvenog statusa, te obe dovedene u relaciju sa subjektivnim blagostanjem u starosti.

Istraživanje relacije između zdravlja i subjektivnog blagostanja od izuzetne je važnosti za razumevanje starosti i unapređenje života starih osoba. Dosadašnji nalazi ukazuju na povezanost zdravlja i blagostanja u starosti, ali i na postojanje nekonzistentnih rezultata prilikom ispitivanja pomenute relacije. Visoka povezanost postoji kada se za procenu zdravlja uzima subjektivna procena zdravstvenog statusa, dok povezanost varira kada se kao indikator koristi objektivna procena zdravstvenog statusa, iz čega sledi još jedna potvrda toga da zdravlje ne treba biti istraživano kao jedinstven konstrukt (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Iako se osobe tokom starosti suočavaju sa slabljenjem fizičkog funkcionisanja i narušenim zdravljem, brojni nalazi pokazuju kako se vrh subjektivnog blagostanja dostiže upravo u ovom životnom razdoblju (Carstensen, Mikels, & Mather, 2006; Char-

les & Carstensen, 2007; Diener et al., 1999). Većina studija pronalazi nelinearan odnos između starenja i blagostanja, pri čemu se vrh i kognitivnog i emocionalnog blagostanja dostiže upravo u starosti, a neznatan pad se uočava kod najstarijih starih (Mroczek, 2001; Mroczek & Spiro, 2005). Ono što dominantni rezultati sugeriraju jeste da kod starih osoba generalno dolazi do porasta ili stabilizacije pozitivnog afekta, sniženja negativnog afekta te sniženja stepena distresa, ali i da se ovakvi rezultati trebaju tumačiti uzevši u obzir složenost odnosa između starosti i blagostanja usled delovanja dodatnih varijabli koje samostalno, ili u međusobnoj interakciji, značajno moderiraju njihov odnos (Stone, Schwartz, Broderick, & Deaton, 2010).

Kako postaju stariji, ljudi se, osim u zdravstvenom statusu, susreću sa značajnim promenama i u svom društvenom životu. I transverzalna i longitudinalna istraživanja ukazuju na sve veći broj starih osoba koje žive same i koje su pod rizikom da budu socijalno izolovane (Sundström, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009), kao i na postojanje jasne pravilnosti u opadanju količine socijalnih interakcija koje stare osobe ostvaruju sa svojom okolinom (Carstensen, 1991; Lang, Staudinger, & Carstensen, 1998). Istraživani faktor koji se pokazuje značajno povezanim sa zdravstvenim statusom starih osoba, i koji dosledno deluje oštećujuće u životima starih osoba, jeste usamljenost. Pregledom različitih definicija usamljenosti zaključuje se kako sve one imaju tri zajednička elementa: (1) usamljenost nastaje usled nedostatka društvenih odnosa, (2) rezultat je subjektivne procene pojedinca i nije isto što i izolacija – pojedinac može da se oseća usamljeno a da je okružen drugim ljudima i vice versa, i (3) usamljenost je praćena negativnim i neprijatnim emocijama (Kaasa, 1998). Usamljenost je značajna komponenta ljudske patnje, posebno kod starijih osoba, kod kojih se prevalenca pokazuje kao viša u odnosu na mlađe starosne kategorije (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005). U pitanju je prolongirano neprijatno osećanje koje je kod starih osoba povezano sa padom kvaliteta života i sniženim blagostanjem (Jakobsson & Hallberg, 2005). Događaji koji su karakteristični za životni period starosti, a koji značajno redukuju socijalnu umreženost starih, jesu između ostalih penzionisanje, gubitak bračnog partnera, gubitak prijatelja približne starosne dobi, promena mesta stanovanja (Dykstra, Van Tilburg, & de Jong Gierveld, 2005; Theeke, 2009). Dok je za osobe koje su socijalno izolovane karakteristično da imaju depresivne simptome, usamljenost je slabo povezana sa uživanjem, energijom i motivacijom (koje zauzimaju centralno mesto u dijagnostikovanju depresije). Usamljenost se, takođe, razlikuje od kvantitativnih mera socijalne izolacije kao što su samački život, bračni status, broj socijalnih relacija. Na primer, moguće je da se osoba koja živi sama ne oseća usamljeno, a da se usamljenom oseća ona osoba koja je u braku i živi sa širom porodicom (Perissinotto, Stijacic-Cenzer, & Covinsky, 2012).

Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem relacije usamljenosti i zdravstvenog statusa u starosti pokazuju kako usamljenost u ovom životnom razdoblju uzrokuje ozbiljne zdravstvene tegobe. Green i saradnici su u svojoj prospektivnoj studiji došli do nalaza da je usamljenost jedan od tri glavna uzročnika depresije

kod populacije starih (Green et al., 1992). U brojnim studijama usamljenost se pokazala kao faktor rizika za loš zdravstveni status, uključujući narušeno funkcionisanje i povećanu smrtnost kod starih (npr. Stek et al., 2005). Studije posvećene relaciji između socijalne umreženosti i zdravstvenog statusa starih ukazale su na značajnu povezanost između usamljenosti i inflamatornog statusa i nesаницe (Cacioppo, Hawkley, Norman, & Berntson, 2011), kardiovaskularnih bolesti (Hawkley, Thisted, Masi, & Cacioppo, 2010), osiromašene motorike (Buchman et al., 2009), ali i nepridržavanja lekarskih uputa tokom medicinske terapije (Segrin & Domschke, 2011). Jedan broj studija ukazuje da se ova veza između usamljenosti i zdravlja može objasniti činjenicom da usamljeni ljudi generalno manje vode računa o zdravstvenom ponašanju i slabije spavaju (Cacioppo et al., 2002) kao i da doživljavaju više stresa (McHugh & Lawlor, 2013) i osećaju pad životnog elana (Eng, Rimm, Fitzmaurice, & Kawachi, 2002).

Možemo zaključiti da pregled dostupne literature nedvosmisleno ukazuje da u poslednjih nekoliko decenija postoji porast istraživanja u oblasti blagostanja starih osoba i faktora koji ga kompromituju. Kao što je u prethodnim redovima pokazano, sprovedene su brojne studije koje su se bavile međusobnim odnosom usamljenosti i zdravlja kao i ulogom zdravstvenog statusa sa jedne strane i usamljenosti sa druge strane u održavanju kvaliteta života starih i emocionalnih i kognitivnih komponenti blagostanja. U tom svetlu je iznenađujuć izostanak studija koje ispituju odnos zdravstvenog statusa starih i blagostanja u kontekstu usamljenosti. Ako pođemo od nalaza koji ukazuju da je usamljenost kod starih osoba povezana sa višim nivoom stresa kao i da dodatno pojačava efekat neprijatnih događaja i osećanja (DeWall & Pond, 2011), onda je za očekivati da će efekat zdravstvenog statusa na blagostanje starih biti snažniji kod osoba koje se osećaju usamljeno. Naime, naša pretpostavka je da bi usamljenost i zdravstveni status mogli imati interaktivan efekat na blagostanje kod starih, odnosno da usamljenost moderira relaciju zdravlja i blagostanja, posebno kada je u pitanju subjektivno procenjeno zdravlje. Ovakav efekat bi mogao doprineti boljem razumevanju relativno nedoslednih rezultata o odnosu zdravlja i blagostanja kod starih osoba. U skladu sa ovim, ovo istraživanje ima dva cilja. Jedan je da se ispita relacija zdravstvenog statusa stare osobe i nivoa blagostanja, razlikujući pri tome objektivni zdravstveni status i subjektivnu procenu zdravlja. Drugi cilj je da se ispita kakav efekat usamljenost ima kako na nivo blagostanja starih tako i na relaciju njihovog objektivnog i subjektivnog zdravlja i afektivnog i kognitivnog blagostanja.

Metod

Uzorak i postupak

Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 204 ispitanika, prikupljenom na teritoriji Republike Srbije. Od ukupnog broja ispitanika, 121 osoba (59.3%) je bila

ženskog pola. Uzorkom su obuhvaćene osobe starosti od 65 do 92 godine, dok je prosečna starost iznosila 72.57 godine ($SD = 6.02$). Kada je reč o stepenu obrazovanja, najviše je bilo ispitanika sa srednjom stručnom spremom (39.2%). Na pitanje „Sa kim trenutno živite?“, 104 ispitanika (51%) je odgovorilo sa supružnikom/suprugom, 62 ispitanika (30.4%) sa porodicom, a 38 ispitanika žive sami (18.6%). U slučaju svih ispitivanih demografskih varijabli ne postoji statistički značajna razlika između muškog i ženskog poduzorka, osim po pitanju obrazovanja, sa minimalnom prednosti u korist muškog pola ($AS_m = 3.18$; $AS_z = 2.64$; $t(202) = 3.20$, $p < .01$). Prikupljanje podataka je sprovedeno tokom perioda od juna do decembra 2014. godine. Ispitanici su pre pristupanja testovnom materijalu dali pismenu saglasnost za učešće u istraživanju, bez novčane kompenzacije. Ispitanicima je baterija instrumenata zadavana individualno, a ispitivanje je bilo anonimno. Više od tri četvrtine uzorka je ispitano od strane autora, dok je preostali broj ispitanika ispitano od strane edukovanih studenata završne godine studija psihologije. Za ovu predispitnu aktivnost u okviru kursa koji se bavi metodologijom istraživanja studenti su dobili unapred predviđene bodove. Za popunjavanje testovnog materijala je bilo potrebno oko 30 minuta, no postojale su značajne individualne razlike usled specifičnosti uzorka, kao i činjenice da je ispitivač po potrebi umesto ispitanika popunjavao bateriju instrumenata.

Varijable

Prediktorske varijable su objektivna procena zdravstvenog statusa i subjektivna procena zdravstvenog statusa, kriterijumske varijable su zadovoljstvo životom, pozitivan afekat, negativan afekat i generalni distres, a moderator varijabla je usamljenost.

Instrumenti

Objektivna procena zdravstvenog statusa. Objektivna procena zdravstvenog statusa je izražena pomoću standardizovanog skora jedanaestojemske procene zdravlja, putem koje su se ispitanici izjašnjavali o tome od koliko od 11 hroničnih bolesti ili zdravstvenih tegoba boluju (npr. visok krvni pritisak, dijabetes, bolesti oka kao što su katarakta ili glaukom). Kako bi viši skor ukazivao da je osoba objektivno zdravija, dobijeni podaci su rekodirani tako da vrednost varijable predstavlja zbir onih bolesti za koje se osoba izjasnila da od njih ne boluje. Lista bolesti i tegoba je konstruisana u skladu sa nalazima o tipičnim i najčešćim bolestima od kojih boluju stare osobe (npr. Andersen-Ranberg, Schroll, & Jeune, 2001; Cho, Martin, Margrett, MacDonald, & Poon, 2011; WHO, 2012).

Subjektivna procena zdravstvenog statusa. Subjektivna procena zdravstvenog statusa je izražena preko standardizovanog skora jednoajemske skale, pri čemu su ispitanici odgovarali na pitanje: “Kako biste ocenili Vaše trenutno zdravlje?”. Ispitanici su se izjašnjavali putem četvorostepene skale raspona od

„loše” do „odlično”, tako da viša vrednost odražava bolju subjektivnu procenu sopstvenog zdravlja.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression, Anxiety, and Stress Scale – DASS-21: Lovibond & Lovibond, 1995, adaptirani na srpski Jovanović, Gavrilov-Jerković, Žuljević, & Brdarić, 2014). Ova skala predstavlja zvaničnu srpsku verziju koja je razvijena metodom povratnog prevoda uz konsultacije sa autorima originalne skale. Sastoji se od 21 ajtema, koji procenjuju aktuelni nivo depresivnosti (npr. „Osećao sam se tužno i jadno.”), anksioznosti (npr. „Primetio sam da mi se suše usta.”) i stresa (npr. „Bilo mi je teško da se opustim.”), pri čemu je svaka od subskala zastupljena sa po 7 ajtema. Ispitanik na skali od 0 („nimalo”) do 3 („uglavnom ili skoro uvek”) izražava stepen slaganja sa tvrdnjom, izražavajući koliko je često tokom protekle sedmice doživljavao stanje opisano u tvrdnji. DASS-21 se pokazao kao instrument sa visokom internom konzistentnošću: Cronbachova alfa za subskalu Depresivnosti iznosi .94, za subskalu Anksioznost .87, a za subskalu Stres .91 (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998). U istraživanju na našoj populaciji dobijeni su zadovoljavajući pokazatelji interne konzistencije subskala, kao i skale u celini. Takođe, pokazano je da skalu najbolje opisuje kvadripartitni model, odnosno da se instrument može koristiti kako za procenu tri pretpostavljene dimenzije neprijatnih afekata tako i za procenu generalnog negativnog afekta, odnosno distresa (Jovanović, Gavrilov-Jerković, Žuljević, & Brdarić, 2014). U ovom istraživanju je korišćen sumacioni skor kao mera generalnog distresa, pri čemu koeficijent interne konzistencije izražen Cronbachovom alfom za celokupnu skalu iznosi .91.

Skala usamljenosti (De Jong Gierveld Loneliness Scale – DJGLS: de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). Za potrebe istraživanja skala usamljenosti je prevedena na srpski jezik metodom povratnog prevoda uz konsultacije sa autorima originalne skale. Skala sadrži 11 ajtema kojima se procenjuje koliko se osoba trenutno oseća usamljeno. Ispitanici trebaju da procene u kom stepenu se svaka tvrdnja odnosi na njih, a format odgovora je trostepeni („da”, „možda” ili „ne”). Primeri ajtema su: „Imam osećaj praznine.” i „Nedostaje mi prisustvo drugih ljudi oko mene.”. Konfirmatornom faktorskom analizom potvrđeno je postojanje dva latentna faktora – emocionalne i socijalne usamljenosti, a pokazatelj interne konzistentnosti, Cronbachova alfa, za celu skalu iznosi .80 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999). Ova skala usamljenosti se pokazala kao validna i pouzdana mera za procenu generalne usamljenosti (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2006). Takođe se i u istraživanju na našoj populaciji pokazala kao pouzdana mera generalne usamljenosti (Jovanović i Gavrilov-Jerković, 2015). U ovom istraživanju je korišćen sumacioni skor kao opšta mera usamljenosti. Koeficijent interne konzistencije izražen Cronbachovom alfom za celokupnu skalu u ovom istraživanju iznosi .83.

Skala za procenu zadovoljstva životom prilagođena populaciji starih. Za potrebe istraživanja konstruisan je ajtem sa jedanaestostepenom skalom za odgovaranje (od 0 = „nimalo zadovoljan” do 10 = „potpuno zadovoljan”) koji glasi: „Kada razmislite o svom životu i svojim životnim uslovima, koliko ste zadovoljni

svojim životom u celini?". Ova jednoajtemska verzija globalne procene zadovoljstva životom se koristi zbog specifičnosti ciljne populacije. Na osnovu pregleda istraživanja se vidi da se jednoajtemske skale koriste više decenija unazad i da su se pokazale kao validne i pouzdane mere zadovoljstva životom (Diener, Inglehart, & Tay, 2013).

Skala za procenu pozitivnog i negativnog afekta prilagođena populaciji starih. Za procenu pozitivnog i negativnog afekta konstruisana je lista od 8 ajtema, koji predstavljaju 4 pozitivna i 4 negativna afekta. Lista je napravljena u skladu sa cirkumpleks teorijskim modelima afekta (Huelsman, Furr, & Nemanick, 2003). Zadatak ispitanika je da na crti iza svakog navedenog prideva upišu broj od 1 („nikada ili skoro nikada“) do 5 („uvek ili skoro uvek“) u zavisnosti od toga u kojoj meri su se tokom protekle sedmice osećali na opisani način. Stavke koje mere pozitivan afekat su: „Smireno“, „Snažno“, „Zadovoljno“ i „Dobro raspoloženo“, dok su stavke koje mere negativan afekat: „Uplašeno“, „Zbunjeno“, „Nesrećno“ i „Ljuto“. U ovom istraživanju, koeficijent interne konzistencije izražen Cronbachovom alfa za skalu pozitivnog afekta iznosi .78, a za skalu negativnog afekta .71.

Obrada podataka

Prikupljeni podaci su obrađeni u okviru statističkog paketa IBM SPSS 23. Od statističkih metoda korišćene su deskriptivne statističke metode u svrhu određivanja osnovnih karakteristika uzorka. Nadalje, metode statističkog zaključivanja koje su korišćene za analizu podataka i donošenje zaključaka su analiza korelacija, regresiona analiza i hijerarhijska regresiona analiza. Analiza moderacije je rađena nad centriranim podacima, u svrhu smanjenja multikolinearnosti između varijabli (Robinson & Schumacher, 2009), i sprovedena preko modela hijerarhijske linearne regresije (Međedović, 2013). Za grafički prikaz rezultata korišćen je program dostupan na www.jeremydawson.co.uk/slopes.htm, koji automatski transformiše varijable na z+3 vrednosti skorova.

Rezultati

Procena osnovnih karakteristika varijabli

U Tabeli 1 su predstavljeni deskriptivni pokazatelji i interkorelacije varijabli u istraživanju. Na osnovu deskriptivnih pokazatelja primećujemo kako ispitanici u proseku izveštavaju da boluju od približno dve bolesti i da sopstveno zdravlje procenjuju kao podnošljivo. U proseku, visoko su zadovoljni životom, više doživljavaju pozitivna nego negativna osećanja i izveštavaju o niskom nivou emocionalne uznemirenosti. Matrica interkorelacija pokazuje da su varijable međusobno umereno do visoko povezane u očekivanom smeru. Što je osoba i objektivno i subjektivno zdravija, to je srećnija, zadovoljnija životom i manje oseća distres.

Takođe, objektivno zdravije osobe i osobe koje subjektivno procenjuje sebe kao zdravije su ujedno i manje usamljene.

Tabela 1

Deskriptivni pokazatelji i interkorelacije između ispitivanih varijabli

	OPZS	SPZS	ZŽ	PA	NA	Distres	Usamljenost
OPZS	1	.38**	.14*	.26**	-.23**	-.35**	-.28**
SPZS		1	.20**	.30**	-.19**	-.22**	-.34**
ZŽ			1	.44**	-.37**	-.39**	-.39**
PA				1	-.53**	-.63**	-.39**
NA					1	.74**	.36**
Distres						1	.47**
Usamljenost							1
AS	9.35	2.28	7.25	14.25	6.79	15.20	17.74
SD	1.24	.75	1.93	3.34	2.68	11.21	4.95
TR	0–11	1–4	0–10	4–20	4–20	0–63	11–33

Napomena. OPZS = objektivna procena zdravstvenog statusa; SPZS = subjektivna procena zdravstvenog statusa; ZŽ = zadovoljstvo životom; PA = pozitivan afekat; NA = negativan afekat; AS = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; TR = teorijski raspon.

** $p < .01$. * $p < .05$.

Provera relacije zdravlja i subjektivnog blagostanja

Kako bi se ispitalo odnos između indikatora zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja, sprovedene su četiri regresione analize (Tabela 2). U svim regresionim analizama je kontrolisan efekat pola i starosti. Prediktorske varijable su objektivna i subjektivna procena zdravstvenog statusa, a kriterijumske varijable zadovoljstvo životom, pozitivan afekat, negativan afekat i emocionalni distres. Pregledom rezultata zaključujemo kako obe mere zdravstvenog statusa ostvaruju značajnu povezanost sa pojedinim indikatorima subjektivnog blagostanja. Efekat pola se pokazuje kao značajan samo kada je kriterijumska varijabla pozitivan afekat. Efekat starosti se pokazuje kao dosledno neznačajan.

Tabela 2

Regresiona analiza: ispitivanje relacije zdravlja i subjektivnog blagostanja

Prediktori (β)	Kriterijumske varijable			
	ZŽ	PA	NA	Distres
pol	-.05	-.30*	.21	.09
starost	.01	-.01	.01	.02
OPZS	.07	.14	-.17*	-.30**
SPZS	.19*	.12**	-.09	-.06
<i>R</i> (Korigovani R^2)	.22* (.03)	.38** (.12)	.28** (.06)	.37** (.12)

Napomena. OPZS = objektivna procena zdravstvenog statusa; SPZS = subjektivna procena zdravstvenog statusa; ZŽ = zadovoljstvo životom; PA = pozitivan afekat; NA = negativan afekat; *R* = koeficijent multiple korelacije; R^2 = koeficijent determinacije; β = standardizovani regresioni koeficijent.

** $p < .01$. * $p < .05$.

Provera moderatorske uloge usamljenosti

Kako bi se ispitalo da li usamljenost ostvaruje ulogu moderatora u odnosu između objektivne procene zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja, sprovedene su četiri hijerarhijske regresione analize uz kontrolu pola i starosti, za svaki od indikatora blagostanja po jedna. U sve četiri hijerarhijske regresione analize, prediktor u prvom koraku je bila objektivna procena zdravstvenog statusa, u drugom koraku je uvedena usamljenost, a u trećem koraku umnožak objektivnog zdravlja i usamljenosti. Pregledom dobijenih rezultata u trećem koraku (Tabela 3) zaključuje se kako ne postoji efekat interakcije između prediktora i moderatora, te da usamljenost nema ulogu moderatora u relaciji objektivne procene zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja i distresa.

Tabela 3

Hijerarhijska regresiona analiza: ispitivanje moderatorske uloge usamljenosti u relaciji između objektivne procene zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja

Prediktori u trećem koraku (β)	Kriterijumske varijable			
	ZŽ	PA	NA	Distres
pol	-.02	-.14*	.10	.02
starost	.05	-.10	.09	.08
OPZS	.04	.11	-.12	-.22**
U	-.38**	-.33**	.30**	.40**
OPZS \times U	-.03	.03	-.02	-.04
ΔR^2	.00	.00	.00	.00
<i>R</i> (Korigovani R^2)	.39** (.13)	.45** (.18)	.40** (.14)	.53** (.26)

Napomena. ZŽ = zadovoljstvo životom; PA = pozitivan afekat; NA = negativan afekat; *R* = koeficijent multiple korelacije; R^2 = koeficijent determinacije; ΔR^2 = promena koeficijenta determinacije; β = standardizovani regresioni koeficijent; OPZS = objektivna procena zdravstvenog statusa; U = usamljenost; OPZS \times U = interakcija objektivne procene zdravstvenog statusa i usamljenosti.

** $p < .01$. * $p < .05$.

Kako bi se ispitalo da li usamljenost ostvaruje ulogu moderatora u odnosu između subjektivne procene zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja, takođe su sprovedene četiri hijerarhijske regresione analize uz kontrolu pola i starosti, za svaki od indikatora blagostanja po jedna. U sve četiri hijerarhijske regresione analize, prediktor u prvom koraku je bila subjektivna procena zdravstvenog statusa, u drugom koraku je uvedena usamljenost, a u trećem koraku umnožak subjektivno procenjenog zdravlja i usamljenosti. Pregledom dobijenih rezultata u trećem koraku (Tabela 4) zaključuje se kako postoji jedan efekat interakcije između prediktora i moderatora, i to kada je kriterijumska varijabla zadovoljstvo životom ($\beta = .22$, $p < .01$).

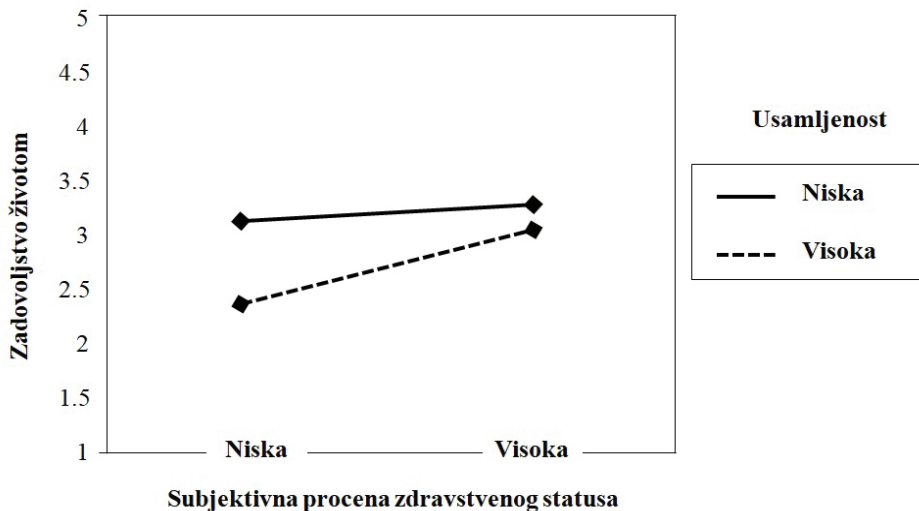
Tabela 4

Hijerarhijska regresiona analiza: ispitivanje moderatorske uloge usamljenosti u relaciji između subjektivne procene zdravstvenog statusa i indikatora subjektivnog blagostanja

Prediktori u trećem koraku (β)	Kriterijumske varijable			
	ZŽ	PA	NA	Distres
β za pol	-.01	-.13*	.11	.05
β za starost	.07	-.07	.09	.10
β za SPZS	.13	.18**	-.06	-.04
β za U	-.31**	-.30**	.32**	.43**
β za SPZS \times U	.23**	.05	-.02	-.03
ΔR^2	.05**	.00	.00	.00
R (Korigovani R^2)	.46** (.19)	.46** (.19)	.39** (.13)	.48** (.21)

Napomena. ZŽ = zadovoljstvo životom; PA = pozitivan afekat; NA = negativan afekat; R = koeficijent multiple korelacije; R^2 = koeficijent determinacije; ΔR^2 = promena koeficijenta determinacije; β = standardizovani regresioni koeficijent; SPZS = subjektivna procena zdravstvenog statusa; U = usamljenost; SPZS \times U = interakcija subjektivne procene zdravstvenog statusa i usamljenosti.

** $p < .01$. * $p < .05$.



Grafikon 1. Usamljenost kao moderator u odnosu između subjektivne procene zdravstvenog statusa i zadovoljstva životom.

Rezultati ukazuju na to da postoji moderatorski efekat usamljenosti na odnos između subjektivne procene zdravstvenog statusa i zadovoljstva životom (Grafikon 1). Iz grafikona je očigledno da pozitivna relacija između subjektivne procene zdravstvenog statusa i zadovoljstva životom postoji samo kod osoba koje su visoko usamljene. Kod osoba koje su nisko usamljene zadovoljstvo životom je visoko i nezavisno od subjektivne procene zdravlja.

Diskusija

Ovim istraživanjem se pokušala bliže odrediti uloga usamljenosti u relaciji zdravlja i subjektivnog blagostanja starih osoba u Srbiji. Ovakav cilj je proizašao iz činjenice da broj starih ljudi u svetu raste, zatim da sve veći broj starih ljudi pati od hroničnih bolesti i brojnih telesnih tegoba, kao i da je izložen različitim fenomenima socijalne izolovanosti i da pati od osećaja usamljenosti. Iako istraživanja celokupnog životnog razvoja pokazuju da u proseku starost karakteriše porast, ili alternativno, stabilizacija subjektivnog blagostanja (npr. Carstensen et al., 2006), nalazi ukazuju i na to da ovo važi samo pod određenim uslovima. Tako dosadašnja istraživanja demonstriraju značajnu povezanost koja postoji između zdravlja i blagostanja starih osoba (npr. Laukka, 2007), usamljenosti i blagostanja (npr. Jakobsson & Hallberg, 2005), kao i usamljenosti i zdravlja (npr. Cacioppo et al., 2002). Istraživanja kojih je daleko manje su ona koja se bave pokušajem da se bolje razume priroda relacije ovih konstrukata. Posebno je uočljiv podatak da u dostupnim bazama sprovedenih istraživanja na populaciji starih nema niti jednog koje je istovremeno ispitivalo odnos zdravlja, blagostanja i usamljenosti, uprkos tome što brojni nalazi ukazuju na značajne pojedinačne relacije između ovih konstrukata. U skladu sa tim, postavili smo pitanje da li procena zdravlja i stepen osećaja usamljenosti starih osoba imaju pojačavajući interaktivan efekat na nivo blagostanja. U ovakvom određenju istraživačkog pitanja, pošli smo kako od pretpostavke koja se nalazi u osnovi najvećeg broja psiholoških teorijskih sistema o tome da ljudi uopšteno, pa i stari ljudi osećaju snažnu potrebu i želju da pripadaju socijalnom okruženju i da uspostavljaju i održavaju bliske i trajne socijalne relacije, te da ova potreba ima značaja za kvalitet brojnih psihičkih procesa, tako i od izvesnih empirijskih indicija da usamljeni ljudi usled stresa i pada životnog elana koji sa sobom nosi osećanje usamljenosti, teže podnose različite životne nedaće od ljudi koji se osećaju adekvatno povezani sa svojom okolinom (DeWall & Pond, 2011).

Zanimljiv i informativan nalaz je da su objektivna i subjektivna procena zdravlja nisko umereno povezane i da dele svega oko četrnaest procenata varijanse. Ovo je u skladu sa ranijim nalazima (npr. Alpass & Neville, 2003) i znači da na subjektivnu procenu zdravstvenog statusa utiču daleko više neki drugi fenomeni a ne toliko od kolikog broja bolesti je osoba realno bolesna. Ovakav rezultat ide u

prilog modelima koji zdravlje definišu kao dvodimenzionalni konstrukt, stavljajući veći akcenat na subjektivnu procenu zdravlja.

Rezultati ispitivanja relacije zdravlja i subjektivnog blagostanja, kada se efekat usamljenosti ne uzima u obzir, ukazuju na to da obe mere zdravlja, i objektivna i subjektivna, ostvaruju značajnu povezanost sa svim kriterijumskim varijablama, ali da se veličina povezanosti razlikuje u zavisnosti od kriterijumske varijable. Na osnovu dobijenih rezultata regresionih analiza može se zaključiti kako objektivna procena zdravlja ostvaruje snažniju povezanost sa negativnim indikatorima blagostanja, odnosno sa negativnim afektom i emocionalnim distresom, dok subjektivna procena ostvaruje povezanost samo sa pozitivnim indikatorima blagostanja, odnosno sa pozitivnim afektom i zadovoljstvom životom. Posebno je zanimljiv rezultat da objektivna procena zdravlja ostvaruje povezanost samo sa indikatorima afektivnog blagostanja, dok subjektivna procena, osim sa pozitivnim afektom, ostvaruje povezanost i sa indikatorom kognitivnog blagostanja. Ovo znači da, kada se uzme u obzir i subjektivna procena zdravlja, objektivno zdravlje starih nije povezano sa stepenom u kojem su oni zadovoljni životom. Ovakvi rezultati sugerišu da očuvano zdravlje i odsustvo bolesti u starosti jesu značajan prediktor afektivnog blagostanja starih, odnosno da stare osobe koje imaju manje zdravstvenih tegoba i oboljenja ujedno imaju i niži nivo depresivnosti, anksioznosti i stresa, češće doživljavaju prijatne emocije a ređe izveštavaju o neprijatnim emocionalnim iskustvima. U slučaju kada stare osobe i subjektivno procenjuje sebe kao visoko zdrave one, osim što izveštavaju o češćim pozitivnim emocionalnim iskustvima, izveštavaju i o većem stepenu zadovoljstva životom. Ovo upućuje na zaključak da se samo subjektivna procena zdravlja pokazuje kao značajan prediktor kognitivnog blagostanja, za razliku od objektivnog zdravstvenog statusa koji se u ovoj studiji nije pokazao kao prediktor kognitivnog indikatora blagostanja, odnosno, nezavisno od objektivnog zdravstvenog statusa, ispitanici izveštavaju o relativno visokom zadovoljstvu životom.

Rezultati ispitivanja relacije zdravlja i subjektivnog blagostanja, kada se uzme u obzir efekat usamljenosti, pokazuju nešto drugačiju sliku. Usamljenost je ostvarila glavni efekat na sve indikatore subjektivnog blagostanja. Dobijeni rezultati sugerišu kako je usamljenost generalno deteriorirajući faktor dobre adaptacije u starosti, odnosno, i nezavisno od zdravlja usamljenost negativno deluje na blagostanje starih osoba. Usamljenost takođe ostvaruje interaktivan efekat sa subjektivnom procenom zdravlja, i to kada je kriterijumska varijabla bila zadovoljstvo životom. Naime, pozitivna relacija između subjektivne procene zdravlja i zadovoljstva životom postoji samo kod osoba koje su visoko usamljene. Kod osoba koje su nisko usamljene zadovoljstvo životom je visoko, nezavisno od subjektivne procene zdravlja. To znači da stare osobe koje svoje zdravlje subjektivno procenjuju kao lošije, istovremeno izveštavaju i o nižem zadovoljstvu životom, ali samo pod uslovom da su i visoko usamljene. Kod starih osoba koje nisu usamljene ne postoji povezanost između toga kako one subjektivno procenjuju sopstveno zdravlje i koliko su zadovoljne životom. Ovakvi nalazi su u saglasnosti sa brojnim

empirijskim nalazima koji ukazuju na štetnost koju usamljenost ostvaruje kako po zdravlje tako i po blagostanje osoba u starosti (Buchman et al., 2009; Hawkley et al., 2010; Segrin & Domschke, 2011; Wenger et al., 1996). Pretpostavljeni mehanizam putem koga se povišena usamljenost negativno odražava na relaciju zdravlja i blagostanja jeste povišeni nivo stresa, koji je povezan i sa visokom usamljenošću i sa generalnim zdravljem (Hawkley & Cacioppo, 2007). Ljudi koji su usamljeni imaju tendenciju da procenjuju okolnosti kao više stresne, nepredvidljive i preplavljujuće, u poređenju sa ljudima koji nisu usamljeni. Osim što su dobijeni nalazi u saglasnosti sa brojnim nalazima koji potvrđuju oštećujuću ulogu usamljenosti u životima starih osoba, oni pružaju implikaciju za sprovođenje budućeg istraživanja koje bi se bavilo ispitivanjem efekata socijalne podrške, kao pozitivno definisane indirektno mere usamljenosti, u relaciji zdravlja i subjektivnog blagostanja u starosti.

Doprinos ovog rada ogleda se prvenstveno u tome što ukazuje na kompleksnu ulogu ispitivanih fenomena u životima starih ljudi u Srbiji. Ovo istraživanje predstavlja jedno od retkih koje je posvećeno ispitivanju odnosa zdravstvenog statusa i subjektivnog blagostanja starih u kontekstu usamljenosti, a dobijeni rezultati doprinose boljem razumevanju relativno nedoslednih rezultata o odnosu zdravlja i subjektivnog blagostanja kod starih osoba. Još jedan od doprinosa rada ogleda se i u ukazivanju na potrebu da se ispitivanim fenomenima zdravstvenog statusa i subjektivnog blagostanja ne pristupa kao jednodimenzionalnim konstruktima, već da se prilikom istraživanja vodi računa o njihovoj složenosti i multidimenzionalnosti. Smernica da zdravstveni status i subjektivno blagostanje ne treba u istraživanjima tretirati kao jednodimenzionalne konstrukte podržana je i rezultatima ovog istraživanja, koji ukazuju na različite obrasce povezanosti pojedinačnih indikatora ovih konstrukata. Rezultate dobijene u ovom istraživanju možemo smatrati informativnim jer pružaju osnovu kako za sprovođenje novih istraživanja tako i za delovanje u pravcu poboljšanja života starih osoba. Takođe, rezultati ovog istraživanja omogućuju donošenje zaključaka o pripadnicima naše populacije, no bilo bi znatno pogodnije zaključivati na većem uzorku istraživanja koja bi se bavila ispitivanjem pomenutih relacija, a u okviru poslednje starosne kategorije.

Reference

- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health, and depression in older males. *Aging & Mental Health, 7*, 212–216. doi:10.1080/1360786031000101193
- Andersen-Ranberg, K., Schroll, M., & Jeune, B. (2001). Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: A population-based study of morbidity among Danish centenarians. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*, 900–908. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49180.x

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176–181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176
- Benjamins, M. R., Hummer, R. A., Eberstein, I. W., & Nam, C. B. (2004). Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine, 59*, 1297–1306. doi:10.1016/j.socscimed.2003.01.001
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Fleischman, D. A., Leurgans, S., & Bennett, D. A. (2009). Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Archives of Internal Medicine, 169*, 1139–1146. doi:10.1001/archinternmed.2009.135
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 64*, 407–417. doi:10.1097/00006842-200205000-00005
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1231*, 17–22. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11*, 195–217.
- Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation, and emotion. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 343–362). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B9-78-012101-2/64950-0185
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation in aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307–327). New York: Guilford.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2011). The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research, 2011*, 1–8. doi:10.4061/2011/605041
- Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., & Martin-Moreno, J. M. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology & Community Health, 53*, 412–416. doi:10.1136/jech.53.7.412
- de Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement, 9*, 289–299. doi:10.1177/014662168500900307
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: VU University.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging, 28*, 582–598. doi:10.1177/0164027506289723
- DeWall, C. N., & Pond, R. S. (2011). Loneliness and smoking: The costs of the desire to reconnect. *Self and Identity, 10*, 375–385. doi:10.1080/15298868.2010.524404

- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction measures. *Social Indicators Research, 112*, 497–527.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging, 27*, 725–747. doi:10.1177/0164027505279712
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 23–32. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x
- Eng, P. M., Rimm, E. B., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology, 155*, 700–709. doi:10.1093/aje/155.8.700
- Goldberg, P., Gueguen, A., Schmaus, A., Nakache, J. P., & Goldberg, M. (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*, 233–238. doi: 10.1136/jech.55.4.233
- Green, B. H., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Shamra, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., . . . McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86*, 213–217. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb03254.x
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly? *Current Directions in Psychological Science, 16*, 187–191. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00501.x
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 25*, 132–141. doi:10.1037/a0017805
- Huelsman, T. J., Furr, R. M., & Nemanick, R. C., Jr. (2003). Measurement of dispositional affect: construct validity and convergence with a circumplex model of affect. *Educational and Psychological Measurement, 63*, 655–673. doi:10.1177/0013164403251331
- Jacobsson, U., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Ageing Clinical and Experimental Research, 17*, 494–501. doi:10.1007/BF03327417
- Jovanović, V. i Gavrilov-Jerković, V. (2015). Validacija srpskog prevoda skale socijalne podrške MOS-SSS. *Primenjena psihologija, 8*, 245–264. doi:10.19090/pp.2015.3.245-264
- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (2014). Psychometric evaluation of the depression anxiety stress scales-21 (DASS-21) in a Serbian student sample. *Psihologija, 47*, 93–112. doi:10.2298/PSI1401093J

- Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*, *8*, 195–201. doi:10.5324/nje.v8i2.468
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*, *25*, 259–265. doi:10.1093/ije/25.2.259
- Lang, F. R., Staudinger, U. M., & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socio-emotional selectivity in late life: How personality and social context do (and do not) make a difference. *Journal of Gerontology*, *53*, 21–30. doi:10.1093/geronb/53B.1.P21
- Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies*, *8*, 215–241. doi:10.1007/s10902-006-9024-3
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- McHugh, J. E., & Lawlor, B. A. (2013). Perceived stress mediates the relationship between emotional loneliness and sleep quality over time in older adults. *British Journal of Health Psychology*, *18*, 546–555. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02101.x
- Mededović, J. (2013). Analiza interakcija prediktora u modelima linearne regresije: primer stranačke evaluacije. *Primenjena psihologija*, *6*, 267–286.
- Mroczek, D. K. (2001). Age and emotion in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 87–90. doi:10.1111/1467-8721.00122
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 189–202. doi:10.1037/0022-3514.88.1.189
- Perissinotto, C. M., Stijacic-Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, *172*, 1078–1083. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993
- Robinson, C., & Schumacher, R. E. (2009). Interaction effects: Centering, variance inflation factor, and interpretation issues. *Multiple Linear Regression Viewpoints*, *35*, 6–11.
- Santrock, J. (1997). *Life-span development* (6th ed.). Chicago: Brown & Benchmark.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2002). *Adult development and aging* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Segrin, C., & Domschke, T. (2011). Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Communication*, *26*, 221–232.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van der Mast, R. C., & Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, *162*, 178–180. doi:10.1176/appi.ajp.162.1.178

- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 107*, 9985–9990. doi:10.1073/pnas.1003744107
- Sundström G., Fransson E., Malmberg B., & Davey A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing, 6*, 267–275. doi:10.1007/s10433-009-0134-8
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 387–396.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scot, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society, 16*, 333–358. doi: 10.1017/S0144686X00003457
- World Health Organization (2012). *Good health adds life to year: Global brief for World Health Day 2012*. WHO Document Production Services, WHO, Geneva, Switzerland. Preuzeto 01.06.2013. sa http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health, 13*, 1–9. doi:10.1186/1471-2458-13-320

**Nikolija Rakočević
Vesna Gavrilov-
Jerković**

Department of
Psychology,
Faculty of Philosophy,
University of Novi
Sad

THE ROLE OF LONELINESS IN THE RELATION BETWEEN HEALTH AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN OLD AGE

Loneliness is a construct which faces a growth of scientific attention in dealing with the elderly population. Although old people lose objectively numerous close or distant relations in this phase of life, loneliness is considered to be a result of a person's subjective evaluation. When it comes to the relation of health and subjective well-being in old age, results of previous studies have been inconsistent. This research explored the manner loneliness influences the relation between old persons' health and their level of subjective well-being. The sample consisting of 204 elderly person from the Republic of Serbia was collected during the second half of 2014. 121 participants of the total sample were female (59.3%), ranging from 65 to 92 years of age ($M = 72.57$). Two measures of health status (objective and subjective), individual cognitive and affective indicators of subjective well-being (life satisfaction, positive affect, negative affect, and distress) as well as measure of loneliness were administered at the same time point. Eight hierarchical regression analyses were performed on the collected data with indicators of health as predictors and loneliness as moderator. The results suggest that loneliness presents a significant deteriorating factor of good adaptation in old age. While exploring moderational roles of loneliness, only one significant interaction was gained ($\beta = .23, p < .01$). Loneliness demonstrated an interactive effect with the subjective assessment of health when it comes to evaluation of life satisfaction in the elderly. People who assessed themselves as unhealthy reported lower life satisfaction but only if they demonstrated high levels of loneliness, while this relation did not reach a level of significance if people did not perceive themselves as lonely.

Keywords: old age, loneliness, health status, subjective well-being