МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: ПСИХОЛОГИЈА ВО СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај стари лица

СТУДЕНТ: НЕРМИН МУСТАФА
БРОЈ НА ИНДЕКС: М 174013
МЕНТОР: ПРОФ.СОЊА РИЗОСКА

Свети Николе, 2021

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ 7

ABSTRACT 8

ВОВЕД 9

1.ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ 13

1.1. СТАРЕЕЊЕ И ТЕОРИИ НА СТАРЕЕЊЕТО 13

1.1.1.1. Теорија на програмирано стареење 16

1.1.1.2. Теорија на грешки 16

1.1.2. Психолошки и социолошки теории на стареење 19

1.1.2.1. Теорија на психосоцијален развој 20

1.1.2.2. Конфликтна теорија на стареење 21

1.1.2.3. Теорија на повлекување 21

1.1.2.4. Теорија на активност 22

1.1.2.5. Теорија на социоемоционална селективност 23

1.1.2.6. Теорија на континуитет 24

1.1.2.7. Теорија на улоги 24

1.1.2.8. Теорија на геротрансцеденција 25

1.1.2.9. Теорија на модернизација 25

1.2. ОСАМЕНОСТ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА 27

1.2.1. Дефиниција на осаменоста 27

1.2.2. Видови на осаменост 29

1.2.2.1. Социјална и емоционална осаменост 30

1.2.3. Предиктори на осаменост кај старите лица 31

1.2.4. Можни последици – исходи од осаменоста 33

1.2.4.1. Негативни чувства 34

1.2.4.2. Негативна перцепција на и од луѓето 35

1.2.4.3. Намалена социјална интеракција 35

1.2.4.4. Ризично однесување: консумација на алкохол и обид за суицид .36
1.2.4.5. Зголемување на морталитетот 38
1.3. ДЕПРЕСИЈА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА.....39
1.3.1. Етиологија на депресијата 39
1.3.2. Клиничка слика на депресијата.....40
1.3.3. Видови на депресивни нарушувања 43
1.3.4. Дијагноза на депресивните нарушувања.....45
1.3.5. Лекување на депресивните нарушувања.....47
1.4. СУБЈЕКТИВНА ДОБРОСОСТОЈБА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА.....49
1.4.1. Хедонистички пристап.....49
1.4.2. Компоненти на субјективната добросостојба.....50
1.4.3. Корелати на субјективната добросостојба.....51
1.4.3.1. Особини на личноста и диспозиции.....51
1.4.3.2. Социјално припаѓање и поддршка 52
1.4.3.3. Задоволеност на психолошките потреби.....52
1.4.4. Добросостојбата кај старите лица.....53
1.5. СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА И РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА ЗА НЕЈЗИНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ОСАМЕНОСТА, ДЕПРЕСИЈАТА И ДОБРОСОСТОЈБАТА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА.....54
1.5.1. Социјална поддршка 54
1.5.1.1. Извори на социјална поддршка 55
1.5.2. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и осаменоста кај старите лица 57
1.5.3. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и депресијата кај старите лица 59
1.5.4. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и добросостојбата кај старите лица.....62
2. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ 65

2.1. Проблем на истражувањето 65
2.2. Задачи и цели на истражувањето 65
2.3. Истражувачки хипотези 66
2.4. Истражувачки варијабли 67
2.5. Релевантни варијабли за истражувањето 67
2.6. Примерок 68
2.7. Мерни инструменти 68
2.8. Постапка на истражување 70
2.9. Статистичка анализа на податоците 71
3. ИСТРАЖУВАЧКИ РЕЗУЛТАТИ 72
3.1. Споредби помеѓу стари лица со различно ниво на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата 72
3.2. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица 78
4. ДИСКУСИЈА НА ИСТРАЖУВАЧКИТЕ РЕЗУЛТАТИ 85
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА 90
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 93
ПРИЛОЗИ 103

Листа на табели

Табела 1. Критериуми за депресија според МКБ – 10

Табела 2. Дескриптивна статистика за категориите на социјална поддршка

Табела 3. Дескриптивни статистички резултати за осаменоста кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 4. Разлика во осаменоста помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 5. Дескриптивни статистички резултати за депресијата кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 6. Разлика во депресијата помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 7. Дескриптивни статистички резултати за добросостојбата кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 8. Разлика во добросостојбата помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Табела 9. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 10. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 11. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 12. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 13. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 14. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Табела 15. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

Табела 16. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

Табела 17. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

Листа на слики

Слика 1. Осаменост кај стари лица со различен степен на социјална поддршка
Слика 2. Депресија кај стари лица со различен степен на социјална поддршка
Слика 3. Добросостојба кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

АПСТРАКТ

Продолжувањето на животниот век, порастот на бројот на стари луѓе и иинтересот годините од животот да се поминат во што подобро здравје и понезависно од другите резултирало со зголемување на интересот за стареењето. Старите лица многу често се соочуваат со психосоцијални проблеми на осаменост и депресија, како и со влошување на субјективната добросостојба, при што како најважен ризик фактор во стручната литература се наведува отсуството на социјална поддршка во староста. Целта на ова истражување е да се испитаат разликите помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на нивоата на осаменост, депресија и добросостојба, како и влијанието на социјална поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица. Примерокот на истражување го сочинуваат 80 испитаници на возраст од 70 години и повеќе, поделени во две групи кои се разликуваат по степенот на социјална поддршка која ја добиваат од семејството и пријателите. За собирање на податоците користени се: Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка, UCLA скала за осаменост, Самоизвестувачка скала за депресија на Зунг и Скала за перцепирана добросостојба. Добиените резултати покажаа статистички значајни разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка врз нивоата на осаменост, депресија и добросостојба, како и статистички значајно влијание на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица. Истражувачките резултати се конзистетни со резултатите од други истражувања кои се достапни во стручната литература.

Клучни зборови: стари лица, социјална поддршка, осаменост, депресија, добросостојба

ABSTRACT

The increase in life expectancy, the increase in the number of elderly people and the interes to spend the years in better health and more independently of others has resulted in an increase in interest of aging. The elderly often face psychosocial problems of loneliness and depression, as well as deterioration of subjective well-being, with the absence of social support in old age cited as the most important risk factor in the professional literature. The aim of this research is to examine the differences between the elderly with different degree of social support in terms of levels of loneliness, depression and well-being, as well as the impact of social support on loneliness, depression and well-being in elderly. The research sample consists of 80 respondents aged 70 and over, divided into two groups that differ in the degree of social support received by family and friends. The Multidimensional Scale for Perceived Social Support, the UCLA Scale for Loneliness, the Zung Depression Self-Report Scale and the Perceived Well-Being Scale were used to collect data. The obtained results showed statistically significant differences between elderly with different degrees of social support regarding the levels of loneliness, depression and well-being, as well as a statistically significant impact of social support on loneliness, depression and well-being in the elderly. Research results are consistent with the results of other research available in the professional literature.

Key words: elderly, social support, loneliness, depression, well-being

ВОВЕД

Светот старее брзо, а еден од најголемите предизвици на 21. век е неверојатно зголемениот број на стари лица. Зголемената долговечност не претставува само триумф за општеството, туку претставува и голем предизвик. Ова поради тоа што со ова зголемување истовремено се зголемува и бројот на луѓе кај кои прашањата во врска со квалитетот на животот стануваат се повеќе изразени (Lund et al., 2002). Старите лица многу често се соочуваат со психосоцијални проблеми на осаменост и депресија, како и со влошување на целокупната нивна добросостојба, а како најважен ризик фактор за овие состојби се наведува отсуството на позитивни социјални мрежи (Kahn et al., 2003).

Важноста на различните типови на социјални мрежи за здравјето и функционирањето е значајна тема во социолошките, геронтолошките и епидемиолошките истражувања. Собрани се значителен број на докази кои потврдуваат дека квантитетот и природата на социјалните врски имаат забележително влијание врз разновидни здравствени резултати. Студиите спроведени во САД, Европа и Азија генерално покажуваат дека социјалните врски имаат корисни ефекти врз преживувањето кај возрасните (Jylha, 2004).

Социјалните врски се значајни за здравјето, а притоа и социјалните мрежи и социјалната поддршка имат влијание врз морталитетот и морбидитетот. Кај старите лица, откриено е дека квантитативните и квалитативните аспекти на социјалните врски се поврзани со морталитетот и со добросостојбата. Истражувачите укажуваат на тоа дека екстензивните социјални врски и интеракции го намалуваат ризикот од развој на болести и попреченост и го зголемуваат закрепнувањето од нив (Katula, 2000; Golden et al., 2009). Барнс и сор., (Barns et al., 2004) дошле до сознанија дека квалитетот и квантитетот на социјални мрежи како и високата социјална ангажираност ја намалуваат стапката на когнитивен пад. Слично, Зунзунеги и сор., (Zunzunegui et al., 2000) укажуваат дека старите мажи и жени со малку социјални врски, со сиромашна социјална интеграција и социјална неангажираност се со најголем ризик за когнитивен пад.

Голем е бројот на истражувања кои јасно укажуваат на важноста на социјалните врски и односи за целокупното здравје. Сиромашната социјална поддршка води кон детериоризација на психосоцијалното и менталното здравје, што води кон појава на проблеми од типот на симптоми на осаменост и депресија. Се претпоставува дека голем број на фактори придонесуваат за појава на осаменоста како што се пензионирањето,

условите за живеење, промените во животните ситуации, социјалните врски, намалувањето на социјалната мрежа со тек на годините, загубата на улогата во општеството, итн. Социјалните врски се тие кои се инверзно поврзани со осаменоста кај старите лица (Alpass & Neville, 2003; Routasalo et al., 2006).

Депресијата е уште еден голем симптом на недостатокот на социјална поддршка. Во студијата на Барг и сор., (Barg et al., 2006) откриено е дека кај лицата на возраст од 65 години и повеќе, перцепираната адеквантност на емоционалната и материјалната поддршка е јасно поврзана со депресивните симптоми 3 години подоцна. Колку што била поголема адекватноста на социјалната поддршка толку биле пониски депресивните скорови. Применувајќи комбинирани квалитативни и квантитативни методи за разбирање на осаменоста и депресијата кај старите лица, Барг и соработниците побарале од нив да опишат одредена депресивна особа или да се опишат себеси кога се депресивни. Испитаниците во најголем дел ја гледале осаменоста како прекурсор на депресијата. И други студии (Wilson et al., 2007; Ramos & Wilmoth, 2003) го поддржале ова тврдење, со што осаменоста е потврдена како најсилен предиктор на депресивноста. Врз основа на ваквите студии се чини дека старите лица кои немаат доволен квантитет и квалитет на социјалните врски со тек на времето стануваат осамени, што неизбежно ќе доведе до депресија, која пак ќе предизвика различни форми на здраствени проблеми и зголемен морталитет кај старите лица.

Истражувањата исто така ја истакнуваат важноста на социјалната поддршка за севкупната здравствена добросостојба на старите лица (Rodruguez – Laso et al., 2007). Постојат различни форми на социјална поддршка. Таа може да биде во вид на неформална или формална поддршка. Формалната поддршка се однесува на формалните медицински услуги кои ги добиваат старите лица, лекарските совети и други форми на помош од одредена установа, додека неформалната поддршка се дефинира како поддршка која ја пружаат членовите на семејството и пријателите (Morita et al., 2010). Во рамки на овој труд акцентот ќе биде ставен на неформалната социјална поддршка и нејзиното влијание врз осаменоста, депресијата и добросостојбата на старите лица.

Се’ повеќе се зголемува интересот за улогата на неформалната социјална поддршка во психофизичката добросостојба на старите лица и тоа ширум светот, во сите општества. Како што веќе спомнавме, неформалната поддршка генерално се однесува на неплатената помош која ја пружаат членовите на семејството, пријателите, соседите.

Притоа, јасно е дека таа е доста екстензивна и може да има повеќе форми, вклучувајќи ги овде советувањето, афекцијата, дружењето, помагањето на старите лица при движење и транспорт, итн. Неформалната поддршка игра значајна улога во обезбедувањето на инструментална поддршка (на пример, комуникацијата на афекцијата) на старите лица, што може да вклучува зголемување на самодовербата, компетентноста и/или автономијата кај нив (Fiori et al., 2008). Неформалните социјални мрежи на старите лица се многу важни бидејќи токму тие им го обезбедуваат чувството на припаѓање. Тие им даваат можност за пополнување на времето и споделување на активности со другите, а нивното отсуство, како што се тврди во досегашните истражувања, несомнено ќе придонесе за развој на осаменост и депресија (Savikko, 2008).

Пријателите се најчестите лица кои ги гледаат старите луѓе и на кои можат да им се доверат за своите стравови и надежи во врска со сето она со кое се соочуваат во секојдневниот живот. Докажано е дека поддршката од пријателите значително придонесува за нивната благосостојба (Sherman et al., 2000). Пријателите можат да им пружат и инструментална и емоционална поддршка на старите лица, особено, но не и исклучиво, на старите лица со когнитивен пад. Поддршката од пријателите придонесува и за зголемување на перцепцијата на сопствената вредност од страна на старите лица (Nicholson, 2008).

Освен пријателите и семејството игра клучна улога во помагањето на своите сакани полесно да се прилагодуваат и да се справуваат со предизвиците кои им ги носи секојдневниот живот со текот на годините. Еден од начините со кој им ги правата деновите посреќни и поисполнети е честото посетување на старите лица и квалитетно поминатото заедничко време (Deangelo, 2011). Семејството претставува форма на активен и моќен интерперсонален контекст за старите лица. Старите лица ги задоволуваат своите социјални потреби во рамки на семејството, како што е на пример заедничката поддршка во периоди а стрес. Во повеќето заедници и општества низ светот често може да се најдат изнемоштени стари лица кои се чувани од своите деца и не се сместени во старечки домови (Routasalo et al., 2006).

Овие две форми на неформални врски, семејството и пријателите се многу важни за целокупното здравје и благосостојба на старите лица, а нивната главна улога е да ги намалат нивоата на осаменост и депресија кај оваа возрасна категорија. Притоа важно е да се утврди која од овие неформални врски е поважна во намалувањето и

предвидувањето на нивото на осаменост и депресија кај старите лица, како и во подобрувањето на нивната добросостојба (Keele-Card et al., 2007). Всушност, од досега кажаното се забележува дека не постои сомнеж дека поддршката и од семејството и од пријателите се од огромно значење за старите лица, но важно е да се спомне дека постои одредена неконзистентност во наодите од истражувањата која се однесува на различниот придонес на поддршката од семејството и пријателите за добросостојбата на старите лица (Giles et al., 2005). Според едни од нив семејството е тоа кое ја обезбедува најголемата поддршка за старите лица (Giles et al., 2005), додека пак други укажуваат на тоа дека пријателството е многу поважно од семејните релации за добросостојбата на старите лица (Carpenter, 2002; Fessman & Lester, 2000). Но, истражувачите се согласни во едно, а тоа е дека бројот и квалитетот на социјалните контакти (без разлика дали се тоа контакти со членовите на семејството или пријателите) е она што е поврзано со успешното стареење (Siu & Philips, 2002).

1.ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ

1.1. СТАРЕЕЊЕ И ТЕОРИИ НА СТАРЕЕЊЕТО

Продолжувањето на животниот век, порастот на бројот на стари луѓе и иинтересот годините од животот да се поминат во што подобро здравје и колку што може подолго (материјално, но и телесно) и понезависно (од другите членови на семејството, институциите и слично), резултирало со зголемување на интересот за стареењето како на поединецот, така и на општеството на сите нивоа: од општата јавност, научниците па се до креаторите на политики (Bara & Podgorelec, 2015).

Два поима кои најчесто ги изговараме заедно, а да често и не забележуваме разлика, се староста и стареењето (Lovrekovic & Leutar, 2010). Поистпветувањето на староста, стареењето и хронолошката возраст на поединецот не е прецизен показател бидејќи стареењето е индивидуален процес дефиниран од биолошки, психолошки и социјални фактори (Bara & Podgorelec, 2015). Така, можеме да кажеме дека староста е еден одреден животен период поврзан со хронолошката возраст, додека стареењето означува физиолошки промени кои природно и непрекинато се одвиваат во сите живи супштества (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013). Во својот познат психолошки речник, издаден 1978 година, Popescu – Neveanu (Strunga, 2012) ја опишува староста како терминална возрасна фаза во еволуацијата на енкој организам, а од гледиште нателото наведува дека стареењето е дистрофична состојба често искомлицирана со хронични болести.

Рамовш (Ramovs, 2003) староста ја дефинира како настан кој се одвива во тек на целиот живот, а и покрај значајниот напредок во продолжувањето на просечниот век на човекот, процесот на стареење е и понатаму во голема мера неизбежен. Понатаму, Хандлер во 1960 година (Rodriguez-Laso et al., 2007) наведува дека стареењето е пропаѓање на зрелиот организам како последица на промените, временски зависни и воглавно неповратни и кои се природени на сите членови на некој вид, така да со минувањето на времето тие можат да стануваат се понеспособни да се соочат со срединскиот стрес и така ја зголемуваат веројатноста за смрт. Кога зборуваме за староста и стареењето, секако треба да се одреди возрасната граница која ја дефинира старата животна доба. Луѓето постари од 65 години можат да се поделат во три групи:

- помлади стари особи - од 65 до 74 години;
- постари стари - 75 до 84 години и

- многу стари или најстари - лица кои имаат 85 и повеќе години (Vertot, 2010).

Луѓето почнуваме да ги сметаме за стари кога во нивното дејствување ќе се појават одредени промени кои ги менуваат нивните социјални улоги и кога ќе достигнат одреден број на години или пак ќе преминат одредена возрасна граница (Vertot, 2010). Хекими (Hekimi, 2006) нагласува дека со порастот на возраста и стареењето се зголемува и зачестеноста на пројавувањето на посложени болести, при што се поставува прашањето дали стареењето е причина или последица на таквите болести. Затоа денес се повеќе се зборува за здраво активно стареење кое стана клучен фактор за зачувување на здравјето и промоција на добросостојбата кај особите од постара животна доба и држи истакнато место во истражувањата од областа на социјалната геронтологија (Carpenter, 2002). Концептот на здраво стареење е усвоен во различни подрачја и истражувања и е спроведени од различни перспективи. Поимот стареење најчесто предизвикува две негативни конотации: пропаѓање и старост односно хронолошка возраст. За да се избегнат негативните конотации подобро би било стареењето да се поврзува со поимот развој или промени (Brajkovic, 2010).

Успешното стареење е повеќедимензионален и релативен поим кој зависи од културниот контекст, вредностите и нормите поврзани со културата и општеството во кое поединецот живее и ги надоградува порано постигнатите искуства (Vertot, 2010). Секако, неопходно е да се избегнува поистоветување на стареењето и хронолошката возраст бидејќи тешко е да се утврди во која доба почнува стареењето. Како што постојат големи разлики помеѓу поединците во процесот на стареење, така постојат и големи разлики во рамки на секој поединец. На физиолошка основа, сите органски системи не стареат во исто време, ниту пак со ист редослед и иста брзина. На психолошко и на социјално ниво се воочуваат уште поголеми разлики. Хронолошката возраст е добар показател само тогаш клога интраиндивидуаните промени се доволно хомогени да покажат висока корелација помеѓу хронолошката возраст и промените кои се истражуваат (Brajkovic, 2010). За да се практикува здраво стареење потребно е да се разберат и одредени временски ооколности во кои луѓето растеле, поради што социолошките анализи често го оценуваат значењето на раѓањето во одреден временски период.

Кога станува збор за теориите за старењње, со оглед на тоа дека стареењто кај човекот претставува процес на психолошки, биолошки и социолошки промени кај

поединецот и влијае врз неговата личност и значење во општеството (Vertot, 2010), теориите на стареењето можеме да ги поделиме на психолошки, биолошки и социјални, кои се блиско поврзани но не и нужно совпаѓачки (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013).

Психолошките теории се насочуваат кон поединецот, посебно кон неговиот интринзичен развој, кој се менува во тек на стареењето (когнитивно-сензорни способности, перципирање). Се залагаат за идејата дека човекот е толку стар колку што се стар и чувствува и ја отфрлаат идејата дека после одредена возраст човекот се смета за стар. Биолошките теории се занимаваат со прашањањето зошто физичките способности се менуваат со тек на стареењето. Стареењето го поистоветуваат со пропаѓањето на одредените физиолошки функции кои се последица на болести, повреди и лоши животни услови. Социолошките теории ја заговараат идејата дека промената на личноста во процесот на стареење ја разбираме врз основа на набљудувањето на односот на човекот со социјалната средина (Lahe, 2016). Во продолжение се издвоени и опишани неколку значајни биолошки, псохолошки и социолошки теории на стареење.

1.1.1. Биолошки теории на стареење

Дефинирањето на биолошките основи на стареењето и контролата на животниот век е еден од најголемите предизвици во биологијата. Проучувањето на пожелните фенотипови од типот на долговечност и здраво стареење се нарекува позитивна биологија. Традиционалните теории на стареење држат до тоа дека стареењето не е само резултат на прилагодувањето и генетското програмирање, додека модерните теории на стареење на луѓето постојат две основни категории: теории на програмирано стареење и оштетување и теории на грешка (Jin, 2010).

Многу теории се обиделе да објаснат зошто стареме, меѓутоа ниту една не дала потполно објаснување. Најчестите објаснувања вклучуваат генетски, метаболички, автоимуни и ендокрини фактори (Davidovic et al., 2010).

Се претпоставува дека некои семејства се долговечни бидејќи носат варијации на гени кои се одговорни за здраво стареење и кои штитат од болести. Меѓутоа, некои видови стареат нагло што несомнено укажува на програмирано стареење (Sergiev et al., 2015).

1.1.1.1. Теорија на програмирано стареење

Теоријата на програмирано стареење во прв план го става генетски програмираното стареење и зборува за тоа дека постојат специфични гени кои доведуваат до нагли промени во клетките што резултира со стареење. Покрај тоа, наведената теорија зборува дека генетската програма е подложна на втората точка на термодинамиката според која затворениот систем тежи кон задржување на рамнотежата или максимална ентропија ако ништо не се случува. Многу добро организираната генетска програма со порастот на ентропијата станува неорганизирана и резултат на тоа е стареењето. Оваа теорија е многу едноставна, но има многу противници. Некои сметаат дека треба да се води сметка за природната селекција како причина за долг живот кај цицачите, а други пак сметаат дека, покрај добриот лекар, за долг живот треба да се има и предци кои долго живееле (Durakovic, 2007). Теоријата на програмирано стареење има треи подтеории: ендокрина теорија, имунолошка теорија и теорија на долговечност (Davidovic et al., 2010).

Ендокрината теорија на стареењето зборува дека биолошкиот часовник дејствува преку хормоните и дека на тој начин го одредува темпото на стареење, како на пример, што е докажано дека инсулинот IGF-1 кај животните го продолжува животниот век (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013).

Имунолошката теорија на стареењето го објаснува истото на начин дека имунолошкиот состем е програмиран со текот на времето да опаѓа и да слабее што доведува до зголемена осетливост на заразни болести, стареење и смртност, со оглед на тоа дека ефикасноста на имунолошкиот систем до пубертетот расте, а после тоа со текот на годините постепено опаѓа (Davidovic et al., 2010). Така, Роземилер и сор., (Rozemuller et al., 2005) наведуваат деја дерегулираниот имунолошки одговор е поврзан со кардиоваскуларните заболувања, разните воспаленија, Алццхајмеровата болест и ракот.

1.1.1.2. Теорија на грешки

Теоријата на грешки во прв план ги става ДНК и РНК како генетски информациски ситем на клетките. Информацијата која се создава во тие молекули и кои се пренесуваат во ензимите и синтезата на протеини, е подложна на грешки. Таквата грешка може да резутира со насобирање на молекули кои не се во состојба правилно да дејствуваат врз размената на материи во клетките. Од оваа теорија произлегува дека

телесниот век на организмите е обратнопропорционален со стапката на размена на тие материи (Durakovic, 2007). Во теоријата на грешки спаѓаат неколку поткатегории, а ние ќе ги спомнеме оние најзначајните, како што се теоријата на слободни радикали, теоријата на оштетување на ДНК, теорија на вкрстена поврзаност и теорија на насобирање на отпадни материи.

Теоријата на слободни радикали прв ја вовел Гершман во 1954 година (Jin, 2010). Теоријата ги толкува староста и стареењето преку супероксидите и другите слободни радикали кои доведуваат до оштетување на компонентите на макромолекулите на клетките. Во макромолекулите се наоѓаат липиди, нуклеински киселини, шеќери и протеини кои се подложни на нападите на слободните радикали (Afanas, 2010). За да ја сфатиме појасно оваа теорија, потребно е да се појасни значењето и улогата на радикалите. Слободните радикали се молекули или атоми кои содржат еден непарен електрон кој има тенденција на создавање парен електрон. Се создаваат во телото во нормални услови во тек на метаболичките реакции, како што се на пример, хемиските реакции кои вклучуваат ензимски синџири. Иако се вклучени во нормалните процеси на размена на материи тие не продираат во клетките, а оние кои ќе успеат да продрат можат штетно да делуваат на истите. Тие се создаваат од материи внесени со храна или од атмосферата каде се создадени со помош на ултравиолетовите зраци (Durakovic, 2007). Природните антиоксиданси во облик на ензими помагаат да се намали опасното натрупување на слободните радикали без кои би се зголемила стапката на смртност на клетките, а со тоа ни се намалил животниот век (Jin, 2010).

*Теоријата на оштетување на Д*НК зборува дека со текот на годините се појавуваат и акумулираат генетски мутации, и дека на тој начин се предизвикува пропаѓање и оштетување на клетките, па затоа стареењето е резултат на оштетување на генетскиот интегритет на телесните клетки (Jin, 2010). Понатаму *теоријата на вкрстена поврзаност* е втемелена на промените на молекулите, вклучувајќи ги оние кои пренесуваат информации: ДНК и РНК. Основата на наведената теорија лежи во фактот дека создавањето на ковалентни врски помеѓу две или повеќе макромолекули, при што ДНК со тек на времето се оштетува, резултира со мутации и дефинитивно пропаѓање на станиците. Наведената теорија има доста заговорници, но она што не говори во прилог на теоријата е фактот дека многу витални молекули можат да бидат вкрстено поврзани, но подложни се на промена. Покрај тоа, и клетките кои се обновуваат сепак се подложни на стареење (Durakovic, 2007; Jin, 2010).

Теоријата на насобирање на отпадни материи се обидува да го објасни стареењето преку нуспродуктите кои не можат во целост да се отстранат од организмот, па заради тоа се одговорни за клеточното стареење. Стручњаците наведуваат дека стареењето произлегува од повеќекратни видови на молекуларни оштетувања, кои се насобираат со годините, па на тој начин доведуваат до функционален и физиолошки пад што се карактеризира со стареење (Kirkwood & Melov, 2011). Нуспродуктите настануваат благодарение на сложеноста на биохемиските мрежи, а чест нуспродукт на клеточниот метаболизам е липофусцинот – материја составена од неразградлив материјал која се насобира во лизозомите (Sergiev et al., 2015). Тоа насобирање на липофусцинот е пропорционално со возраста. Миокардното насобирање на липофусциност се одвива со стапка од 0,3% на десет години, а се однесува на вкупниот волумен на срцето така што кај 90-годишник достигнува количина од дури 7% внатресрцев волумен. Постојат показатели кои упатуваат на тоа дека количината на липофусцин се зголемува паралелно со недостатокот на витамин Е во исхраната, но не и обратно. Имено, со додавање на витамин Е во исхраната не може да се спречи натрупувањето на липофусцин, како што се со додатокот на витамин Е не се продолжува ниту животот (Durakovic, 2007). Со оглед на нивната значајна улога во одржувањето на здравјето на хромозомите, дисфунцијата на теломерите може да има штетни последици (Hekimi, 2006). Истражувањата покажале дека теломерите на хромозомите се скратуваат после секоја делба на клетката, при што тој процес започнува уште од ембрионалниот развој така што теломерите на хромозомите при породувањето се двојно пократки од теломерите на хромозомите на јајните клетки пред оплодувањето (Durakovic, 2007). Јианг и сор., (Jiang et al., 2008) наведуваат дека дисфункцијата на теломерите го ограничува пролиферативниот капацитет на човечките клетки како одговор на оштетувањето на ДНК, индуцира стареење или апоптоза, а кај луѓето скратувањето на теломерите се појавува во поголем дел од ткивата во тек на стареењето, при што скратувањето се забрзува кај хроничните болести. Така поновите истражувања предложиле биолошкото стареење да се класифицира како болест со оглед на тоа дека стареењето се смета за главен ризим фактор за низа болести вклучиувајќи и рак, кардиоваскуларни болести, дијабетес и невродегенеративни болести (Meng et al. 2017).

1.1.2. Психолошки и социолошки теории на стареење

Психолошкиот и социјалниот развој низ животниот век долго се истражува со цел разбирање на историскиот развој и индивидуалните развојни разлики на стареењето. Кога станува збор за теориите на стереење во психологијата може да се каже дека сеуште не постои единствена, широко прифатена, интегративна теорија која би одговорила на прашањата за организација и дезорганизација на однесувањето во текот на човечкиот век, што може и да се разбере со оглед на тоа дека стареењето претставува исклучително сложен феномен (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013). Психолошките теории се круцијални бидејќи нудат темели за разбирање на стареењето, односно, психолошките теории го истражуваат влијанието на животниот стил, особеностите и средината врз однесувањето на старите луѓе, како и на кој начин старите особи се прилагодуваат на тие промени (Humboldt, 2016). Социолошките теории на стареењето имаат за цел да ги објаснат промените во односот на поединецот и општеството до кои доаѓа во процесот на стареење, а кои се манифестираат во промена на социјалните активности, социјалните интеракции и социјалните улоги на старите особи (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013).

Во текот на поголемиот дел на 20. век многу научници на стареењето гледале како на своевиден еднодимензионален процес на пропаѓање (Wernher & Lipsky, 2015). Според Бергер и Томпсон (Berger & Thompson, 1994 во Wernher & Lipsky, 2015) најчесто забележливите промени во психологијата на старите се однесуваат на помнењето и интелигенцијата, при што старите особи обично се жалат на потешкотии во памтењето, слабо запомнување на нови содржини, заборавање на податоци и губење на предмети. Затоа и не е чудно тоа што старите особи многу често сакаат да се потсетуваат на одредени доживувања од минатото (реминисценција), про што одново ги разгледуваат минатите искуства, размислуваат за нивното значење со цел подобро разбирање на самите себе (Galic & Tomasovic Mrcela, 2013). Печјак (Pecjak, 2001) ја смета третата животна доба за еден од најстресните животни периоди во кој поединецот особено го погодуваат три настани: пензионирање, заминување на последното дете од семејството и смрт на брачниот партнер, при што пензионирањето го нарекува изум на современото доба со оглед на тоа дека примитивните племенски и рурални општества не го познаваат па луѓето работат додека можат и она што го можат. Токму, поради наведеното, реминисценцијата почна да се применува како облик на терпија, не само во палијативната грижа и лечење на старите луѓе од депресија, туку и кај здравите стари

лица како би се подобрила нивната емоционална добросостојба, задоволството во животот и помнењето (Wernher & Lipsky, 2015).

1.1.2.1. Теорија на психосоцијален развој

Ериксон преку неговата теорија на психосоцијален развој, човечкиот развој го гледа низ осум стадиуми од кои секој е обележен со предизвик или криза, при што осмата фаза се однесува на особите кои се пензионирани и во овој период настојуваат да ги врамнотежат животните успеси и неуспеси, односно, насочени се на мотивацискатa основа на генеративноста (Lackovic-Grgin, 2014). Ериксоновата теорија уште се нарекува и ЕГО – психологија, а основана е на Фројдовата психоаналитичка концепција со значајни модификации на Фројдовата теорија: придава поголема важност на егото, конфликтите во егото не мора да прозилегуваат од неговите конфликти со идот и суперегото, туку можат да бидат предизвикани од инкопатибилноста на целите кои се негови сопствени (Vorkapic Tatalovic, 2013).

Ериксоновиот конфликт на интегритетот на егото опфаќа три одвоени задачи: диференцијација на егото наспроти окупораност со работната средина, минливост на телото наспроти окупираност со телото, минливост на егото наспроти окупираност со егото. Од наведените конфликти може да произлезе мудрост, човечка доблест најчесто поврзана со староста, односно, Ериксон одлучил да ги нагласи оние задачи на староста кои вклучуваат осврт на сопствениот живот, давајќи му смисла, фаќајќи ги сите конци, вллопувајќи ги неговите делови во целина. Освен разочарувањето заради сопствените и туѓите грешки, особата исто така мора да изезе на крај и со осаменоста која е последица на смртта на блиските особи. Значи, можеме да заклучимедека стареењето и староста, како и другите развојни фази, имаат свои предизвици со кои поединците мора да се соочат. Соочувањето со предизвиците зависи од нашите ставови и вештини за интроспекција кои можат да доведат до помало или поголемо животно задоволство (Werhner & Lipsky, 2015). Секако, важно е да се истакне дека Ериксоновата психосоцијална теорија доживеала и одредени измени, односно, модификации. Најголема измена во Ериксоновата теорија е додавањето на деветиот стадиум на психосоцијален развој, кој го предложлила Ериксоновата сопруга и соработничка Joan Erikson (Lackovic-Grgin, 2014). Додавањето на нов стадиум на развој во прв ред е последица на фактот дека во другата половина на 20. век значително се зголеми

просечниот човечки век, при што се повеќе луѓе живеат до 80 па и до 90 години, значи низа години после пензионирањето и после времето во кое ја решиле кризата интегритет наспроти очај (Lackovic-Grgin, 2014).

1.1.2.2. Конфликтна теорија на стареење

Конфликтната теорија на стареењето нагласува дека стрите лица имаат искуство со предрасуди и дискриминации заради своите години, па поради тоа нееднаквостите кои ги доживуваат влегуваат во низа социјални нееднаквости како што се оние према полот, расата, етничката припадност и припаѓањето на различни општествени класи и слоеви (Perackovic & Pokos, 2014). Понатаму, конфликтната теорија истакнува дека искуството на возрасна дискриминација и предрасудите према стареењето и старите претставува структурна препрека која им го оневозможува на старите лица остварувањето на нивните потенцијали и постигнувањето на најдоброто психичко и физичко здравје (Perackovic & Pokos, 2014). Кога зборуваме за дискриминација врз основа на календарска возраст или ејџизам, зборуваме за процес на систематско стереотипизирање и дискриминација на старите луѓе. Имено, возрасната дискриминација е слична на расизмот или сексизмот, а води кон непризнавање или органичување на правата на старосните групи, при што тоа не се прави поради идеолошки, политички или морални причини, туку исклучиво поради календарската возраст (Routasalo et al., 2006). Во тој пристап старите особи се помалку ценети како работници бидејќи веќе не се економски продуктивни, а нивните поголеми плати поради должината на работниот стаж и трошоците на здравствениот систем го намалуваат профитот на работодавачот (Perackovic & Pokos, 2014).

1.1.2.3. Теорија на повлекување

Теоријата на повлекување имала значајно влијание врз развојот на социјалната гернотнологија со оглед на тоа дека се обидела да дефинира мултидицсиплинарна теорија на стареење (Kralj, 2013). Теоријата на повлекување била прва сеопфатна геронтолошка теорија на стареење која ја покренале и развиле Cumming и сор., 1960 година. Со демографските промени и растот на учеството на старите лица во општата популација, старите луѓе се повеќе се сметат за оптеретување на западните општества и за дополнителен придонес на понатамошниот економски пад (Bara & Podgorelec, 2015).

Социјалното повлекување како природен процес на стареењето претставува взаеман корист за поединецот и општеството бидејќи старите лица доброволно се пензионираат и исклучуваат од постоечките социјални улоги. Но, на тој начин, општеството им осиигурува седентарен стил на живот на старите особи и овозможува нивните претходни улоги да ги преземат помладите генерации кои можат многу подобро да ги извршуваат тие улоги (Perackovic & Pokos, 2014). На наведената теорија на повлекување остро се противел Ахенбаум (Achenbau,. 2009) бидејќи теоријата е прикажана како вродена, универзална и еднонасочна со оглед на тоа дека постојат постари особи кои во староста се социјално и политички активни и вработени. Имено, дури и по пензионирањето некои луѓе задржуваат одредени аспекти од својата работа, а други развиваат нови задоволителни улоги во заедницата и во слободното време (Cacioppo et al., 2006), со оглед на тоа дека за постигнување на квалитетна старост старите особи му даваат поголемо значење на социјалното вклучување отколку на физичкото здравје (Kralj, 2013). Значи, на старите особи потребно е да им се пружи соодветна социјална поддршка како би останале социјално вклучени и на тој начин со своето стекнато искуство би придонеле за поширокаta заедница.

1.1.2.4. Теорија на активност

Во оваа теорија главна претпоставка е дека активноста е од витална важност за добросостојбата, па затоа се претпоставува дека одржувањето на образецот на активности и вредности типични за средната возрасна доба е потребно за остварување на богат и задоволителен живот и во старата животна доба (Achenbaum, 2009). Меѓутоа, можностите за остварување на социјални контакти секогаш не водат кон поголеми социјални активности (Berk, 2008). Затоа, активното стареење не подразбира исклучиво физичка активност и општествена корисност, туку пред се подразбира оптимализација на психофизичката состојба и социјалните услови со што се зголемува квалитетот на живот и се спречува брзо и рано пропаѓање на способностите превенирајќи и социјална зависност (Perackovic & Pokos, 2014). Значи, акцентот е на непрекинатата активност, при што треба загубите и неможностите за изведување одредени активности (кои се јавуваат поради стареењето) да се заменат со активности и улоги кои можат да се спроведуваат (Lahe, 2016). Развојни задачи кои ги наведува Havighurts се: прилагодување на намалената телесна сила, прилагодување на пензионирањето и намалениот приход, прилагодување на смртта на сопружникот, воспоставување на јасна припадност на

сопствнета возрасна група, исполнување на социјалните и граѓанските обврски, воспоставување на задоволувачки услови за живот (Brajkovic, 2010). Наведената теорија на развојни задачи се сведува на непрестано прилагодување на околината како би се воспоставила рамнотежа помеѓу сопствениот идентитет и реалциите на доживените искуства (Humboldt, 2016).

1.1.2.5. Теорија на социоемоционална селективност

Оваа теорија е најчесто користена во социогеронтолошките истражувања. Според неа, како што стареeме нашата социјална мрежа станува поселективна, односно, социјалните интеракции не опаѓаат изненадно во подоцнежната животна доба (Berk, 2008). Имено, младите луѓе почесто размилсуваат за долга иднина, па затоа во социјалната интеракција нивните приоритети се сведуваат на стекнување на нови знаења и истражување на новите меѓучовечки односи. Старите особи сметаат дека имаат ограничено време на располагање па нивната социјална тенденција е максимизирање на емоционалните задоволства во сегашниот момент како што е продлабочување на веќе постоечките интимни односи (Cattan et al., 2005). Интересно истражување поврзано со емоционалната селективност спровеле Мадер и Карстенсен (Mather & Carstensen, 2003) кои го споредувале вниманието и помнењето на постарите особи и на младите возрасни особи врз основа на позитивни и негативни стимулирачки визуелни стимулуси. Имено, на испитаниците на компјутер им се прикажувани слики кои се емоционално позитивни (насмени лица) и емоционално негативни слики (тажни, лути лица), а после сликите на екранот се појавувала точка која испитаниците требало да ја регистрираат. Мерена е токму брзината на реакција на проаноѓање на точката на екранот после емоционалниот стимулус. Резултатите од истражувањето покажале дека постарите особи побрзо реагираат после позитивна емоционална дразба, а повеќе време им треба за реакција после негативна дразба, што значи дека старите лица вршат емоционална селекција. За разлика од старите лица, кај младите таа разлика не била забележана. Наведената склоност кон позитивни емоционални информации се нарекува ‘ефект на позитивност’ (Cattan et al., 2005). Заклучно можеме да кажеме дека теоријата на социоемоционална селекстивност смета дека кај старите особи има помалку социјални врски, но дека тие се висококвалитетни, а причина за тоа се променетите животни можности, поради што старите луѓе преферираат партнери со кои развиле угодни, задоволителни врски (Berk, 2008).

1.1.2.6. Теорија на континуитет

Оваа теорија објаснува дека врамнотежените и стабилни средински фактори придонесуваат за континуитет на животот како би се мирно усвоиле промените кои доаѓаат со староста (Kobentar, 2008). На тој начин транзицијата во пензија е полесна кога луѓето повеќе ќе се посветат на улогите кои им се блиски (на пример, улога на баба, на дедо, на пензионирана учителка која ги подучува внуците..) наместо пронаоѓањето на нови улоги. Теоријата се заснова на претпоставката дека постарите особи не сакаат големи промени кога се во поензија во однос на претходниот период. Меѓутоа, присилното пензионирање претставува дисконтинуитет во староста бидејќи ги занемарува разликите помеѓу луѓето во способностите, телесното и менталното здравје, семејните услови и сл., за разлика од предвременото пензионирање во кое општествените и личните причини се подобро усогласени (Ramovs, 2003). Значи, сржта на теоријата на континуитет е дека старите луѓе не сакаат радикални промени во својот начин на живот и на тие промени се обидуваат да се прилагодат на начин колку што е можно повеќе да се вратат на состојбата пред пензионирање (Mesec, 2000).

1.1.2.7. Теорија на улоги

Наведената теорија се темели на претпоставката дека поединците играат различни улоги во различни животни периоди (брак, деца, внуци, работник, постара особа, пензионер и сл.), па затоа и социјалните улоги го одредуваат идентитетот на поединецот (Lahe, 2016). Пензионирањето е улога која неизбежно им се наметнува на постарите особи од 64 години. Меѓутоа, не постојат доволно докази дали пензионирањето влијае позитивно или негативно врз продуктивното стареење, со оглед на тоа дека животниот век е продолжен, а последователно на тоа и пензионирањето трае значително подолго отколку претходни (Minami et al., 2015). Значи, во тек на пензионирањето старите особи преминуваат од улога на продуктивен граѓанин во улога на пензионер. Старите луѓе сакаат да се истакне нивниот придонес во општеството што претставува еден вид промоција на здравјето и јакнење на нивната добросостојба бидејќи на тој начин се чувствуваат работно активни и рамноправни граѓани (Matz – Costa et al., 2012).

1.1.2.8. Теорија на геротрансцеденција

Теоријата на геротрансцеденција претставува универзален феномен во истражувањето на нормалното стареење. Ја развил шведскиот социолог Tornstam, а се смета како природен развоен и оптимизиран процес кој доведува до нови перспективи (Lahe, 2016), поттикнува позитивно доживување на стареењето и грижата за старите. Прилагодувањето на староста, стареењето и пензионирањето не мора да биде перципирано како трауматично искуство, туку може да биде еден вид на субјективна добросостојба, служјќи како некој вид на подмладување (Vertot, 2010), поради што геротрансцеденцијата се сведува на постепен и специфичен квалитетен развој на старата живорна доба. Значи геротрансцеденцијата е развојна фаза која се јавува кога старите особи ги насочуваат своите животни погледи од материјалното и рационалното на космичкото (бесконечното) и трансцеденталното како би се зголемил квалитетот и задоцолството од животот и би и се овозможило на особата да се редефинира, преиспитува и сосредоточи првенствено на себе заради самопочитувањето, а потоа и на својот однос кон другите во околината (White, 2015). Можеме да кажеме дека теоријата на геротрансцеденција се залага за доживување на староста како своевидна препобразба во која на нов начин се сфаќаат животот и активностите на поединецот и неговата околина.

1.1.2.9. Теорија на модернизација

Теоријата на модернизација и стареење тврди дека статусост и поддршката на старите луѓе во западниот свет опаѓа откако проширените семејства ги замениле нуклеарните (Aboderin, 2004). Модернизацијата се дефинира како трансформација на севкупното општество од рурален начин на живот кој се темели на традиционалниот поглед на свет и вредности, органичено користење на технологијата и недиференцираните установи кон урбаниот начин на живот, кој се темели на користењето на високоразвиена научна технологија и воскодиференцирани институции. Имено, во претежно патријархалното општество староста значила и донесувала моќ во семејството и заедницата бидејќи старите како власници на земјата имале доминантна улога и со усмен предавање на младите им ги пренесувале производните искуства, моралните норми и успомените на предците (Kobentar, 2008). Со модернизацијата на семејството статусот на постарите особи во општеството започнува да слабее. Така, во литературата се наведуваат четири клучни фактори кои влијаеле врз падот на статусот

на старите особи во општеството: научната технологија, економската и индустриската технологија, урбанизацијата и образованието. Некои стручњаци наведуваат дека теоријата на модернизација го идеализира минатото, односно, дека старите особи во прединдустриските и селските области уживаат висок стандард не земајќи предвид дека постарите особи во своите општества се занемарени од страна на младите членови на семејството (Lahe, 2016).

1.2. ОСАМЕНОСТ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

Човечките суштества имаат фундаментална желба за позитивни и долготрајни врски, кои влијаат врз процесите на регулација на себството и идентитетот и здравствениот статус. Ако оваа потреба и желба не може да биде исполнета или доколку постојат дефицити во припаѓањето, тоа ќе ги мотивира луѓето да бараат извори за обновување на припадноста (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007). Страдањето од осаменост значи дека недостасуваат некои важни делови во животите на луѓето и дека треба да се најде нешто што ќе ги замени тие делови. Со голема веројатност замената некогаш ќе биде алкохол, дрога, домашно миленичe, итн.

Причините за осаменоста остануваат и понатаму нејасни, но последиците се се повеќе јасни, а исто така и негативни (Cacioppo et al.,2006). Во постарата возраст осамените луѓе се однесуваат поразлично од оние кои не се осамени. На пример, тие многу повеќе консумираат алкохол, помалку физички се активни, јадат помалку здрава храна, квалитетот на спиењето им е полош дури и кога неговото времетраење им е исто како кај другите луѓе. Осамените лица многу помалку уживаат во позитивните нешта на животот отколку другите луѓе, а во исто време страдаат од многу негативни нешта (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007). Од досега кажаното може лесно да се разбере дека здравствениот статус во голема мера е под влијание на осаменоста, а тој пак е еден од најголемите предиктори на добросостојбата кај старите лица.

1.2.1. Дефиниција на осаменоста

Осаменоста се дефинира на различмни начини во литературата. Таа е емоција која придонесува луѓето да се однесуваат различно во обид да се справат со неа (Deangelo, 2011). Во меѓувреме таа може да биде занемарена од повеќето луѓе така што осамените и неосамените луѓе се доста слични во повеќе аспекти, вклучувајќи ја привлечноста, интелигенцијата и социјалните вештини. Дури, може да се каже дека осамените луѓе поминуваат исто време во социјална интеракција како и другите луѓе (Cacioppo et al., 2006).

Од досегашните научни написи може да се заклучи за постоење на осум дефиниции за осаменоста. Во 1973 година, осаменоста била концептуализирана и понатаму поделена на доживување на емоционална изолација или на социјална изолација (Weiss, 1973 според Savikko, 2008). Да се биде сам не се смета за осаменост во

дефиницијата бидејќи емоционалната изоалција не се зема предвид. Рокач и Брок (Rokach & Brock, 1997) во 1997 наведуваат дека осаменоста е срамна работа за изложување. Може да биде тешко да се дефинира дали некој е осамен или не, бидејќи луѓето не се подготвени да зборуваат за тоа.

Една година подоцна, Андерсон (Andersson, 1998, според Victor et al., 2000) ја открил разликата помеѓу емоционалната изолација и емоционалната осаменост. Емоционалната изолација претставува субјкетивен одговор на отсуството на блиска и интимна фигура за атачмент, на пример, недостаток на некој сакан или на сопружник. Емоционалната осаменост е субјективно чувство и единствено може да се квантификува од поединецот кој го доживува.

Во годините кои следуваат, истражувачите повеќе го испитувале влијанието на осаменоста. Осаменоста е стресно чувство кое води кон намален квалитет на живот, когнитивен пад, сиромашно субјективно здравје, неспособност, зголемено корстење на здравствените и социјалните услуги и зголемен морталитет (Gunnila et al., 2006). Негативните ефекти кои ги носи осаменоста дале доволна причина за спроведување на научни истражувања и во иднина.

Идните истражувања укажувале на тоа дека чувството на осаменост кај старите луѓе не е поврзано со фреквенцијата на контактите туку со очекувањата и задоволството од тие контакти (Routasalo et al., 2006). Квантитетот на контакти е не е есенцијален за квалитетот на контакти. Предиктор на осамноеста се високите очекувања а незадоволителните резултати.

Кангасниеми (Kangasniemi, 2005 според Savikko, 2008) додава физичка осаменост кон концептот на осаменост кога за него зборува во врска со човечките односи. Таа се однесува на фактот дека секој сака да допре и да биде допрен. Ставот индиректно е одобрен од Рутасало и сор., (Routasalo et al., 2008). Тој тврди дека да се има потреба од некој е блиско поврзано со интимните врски и му дава смисла на животот (Routasalo et al., 2008).

Дефиницијата на Савико (Savikko, 2008) за осаменоста може да биде сума на сите концепти наведени претходно. Осаменоста се дефинира како индивидуално субјективно доживување на недостаток на задоволителни човечки врски. Со други зборови, тоа е чувство кое е под влијание на социјалните врски доживеани од поединците. Оттука, осаменоста е негативно чувство кое предизвикува дистрес кај индивидуата.

Она што го заслужува вниманието е дека осаменоста може да се интерпретира, како негативно така и позитивно. Во однос на негативната конотација, термините осаменост, да се чувствуваш сам или да бидеш сам се користат наизменично во литературата (Jakobsson & Hallberg, 2005). Исто така, социјалната изолација и живеењето сам се изедначуваат со осаменоста. Осаменоста е дефинирана како лично субјективни чувство на недостаток на задоволителни човечки врски, и од таа причина осаменоста е негативно чувство кое го намалува квалитетот на живот кај постарите луѓе, најчесто доведувајќи до појава на депресија (Victor et al., 2000).

Од друга страна, истражувачите покажале дека осаменоста исто така може да биде по сопствена желба и да се доживее како креативна осаменост (Nilsson et al., 2006). Денес, позитивниот тип на осаменост многу повеќе се поврзува со личниот избор; осаменоста се однесува на слободно избрана ситуацоиа на долгорочно или времено отсуство на контакти со други луше (Holmen & Furakawa, 2002). Осаменоста исто така се смета за позитивна можност, која се надоврзува на чувството на ‘љубовта’. На осаменоста се гледа како на позитивна можност, која се надоврзува на искуството на ‘љубовта’. Таа е неопходен аспект од животот и во најинтимните моменти од животот луѓето во основа се ‘сами’. Според тоа, може да биде предизвик диференцијацијата помеѓу објективната природа да се биде см и субјективното чуство да се биде сам. Во оваа теза, кога зборуваме за осаменост мислиме на негативната осаменост која влијае врз добросостојбата на старите лица.

1.2.2. Видови на осаменост

Во стручната литература постојат две спротиставени перспективи за осаменоста. Првиот конфликт е означен како перспектива на осаменост-одржување, која тврди дека осаменоста ја намалува чувствителноста кон потенцијалната корист од ситуациите кои ја задоволуваат потребата за припадност. Во прилог на наведената перспектива зборуваат некои претходни истражувања кои укажале на штетното влијание на осаменоста врз социјалното функционирање на поединецот (Routasalo & Pitkala, 2003; Shor & Yogev, 2013). Другиот конфликт е означен како осаменост-редукциска перспектива која тврди дека фрустрираната потреба за припадност им дава поттик на поединците социјално да се вклучат и да го зголемат потребното задоволство (Huang et al., 2016). Студиите на Шалев и Барг (Shalev & Bargh, 2015) и на Кларк и сор., (Clark et

al., 2015) и даваат поддршка на оваа перспектива со оглед на тоа дека осамените поединци многу веројатно памтат информации поврзани за меѓучовечките односи или колективните социјални мрежи, односно, осамените поединци се помотивирани да остварат нови социјални мрежи. Значи осаменоста понекогаш може да биде набљудувана и доживеана како позитивно искуство во кое поединецот настојува да оствари поактивен социјален живот. Така Лацкович-Гргин (Lackovic-Grgin, 2014) наведува дека вистинската осаменост може да биде креативна сила која го унапредува животот и поттикнува промена на однесувањето за разлика од анксиозната осаменост која е всушност одбранбен механизам кој на човекот му го отежнува соочувањето со важните животни прашања. Со оглед на временската перспектива во литературата се спомнува ситуациска, хронична и минлива осаменост (Keele – Gard et al., 2007). За ситуациска осаменост придонесува општествено-економското и културното миље со оглед на тоа дека следи после некоја стресен настан како што е на пример, смрт на блиска особа, прекин на љубовна врска, миграција, несреќа, природни катастрофи или синдром на празно гнездо. Исто така зголемениот животен век и феминизацијата на постарата популација се значаен фактор за појава на ситуациска осаменост особено кај лицата од женски пол. Таквата осаменост е следена со непријатни емоции и соматски симптоми како што се пореметувања на спиењето, губење на апетит, главоболки и слично (Jylha, 2004).

1.2.2.1. Социјална и емоционална осаменост

Во истражувањата на осаменоста кај старите луѓе во Европа застапеноста на хроничната или честата осаменост варира и може да биде застапена дури и до 45%, зависно од мерењата, примерокот на популација и возрасната група (Golden et al., 2009).

Се зборува за различни видови на емоционална и социјална осаменост, при што емоционалната осаменост настанува како последица на недостатокот на интимне, романтични врски и е проследена со анксиозност, немир и чувство на празнина, додека социјалната осаменост настанува како резултат на недостаток на смислено пријателство и заедништво, а следена е со досада и чувство на социјална маргиналност (Alpass & Neville, 2003).

Социјалните односи и социјалната интеграција се клучни за емоционалното исполнување и развојот во текот на животот, при што изворот на задоволство и

социјална поддршка на старите им го сочинуваат друштвото и емоционалната потпора на нивните деца, роднини и пријатели со кои старите особи уживаат во заедничкото минување на времето, знаејќи дека до себе имаат добро познати особи на кои можат да им се обратат за помош доколку за тоа се укаже потреба (Morita et al., 2010). Промените во текот на животот, како што се заминување во пензија, смрт на сопружник, браќа, сестри, пријатели, намалување на приходите и поголема зависност можат да доведат до губење на социјалните улоги па тата старите особи можат ограничено да партиципираат во општествените активности.

Луо и сор., (Luo et al., 2012) утврдиле дека осаменоста претставува ризичен фактор за морбидитет и морталитет и претставува јавноздравствен проблем. Осаменоста е значаен стресор и познат причинител на многу хронични здравствени проблеми во различни популации и предизвикува пад на функционалноста и пораст на смртноста кај големи примероци од стари особи од различни култури (Giles et al., 2005; Deangelo, 2011). Имено, кога луѓето влегуваат во староста можат да доживеат одредени проблеми и недостатоци како што се регресија во когнитивното и физичкото функционирање кои за последица доведуваат до опаѓање на продуктивните улоги, намалување и губење на меѓучовечките интеракции, што пак доведува до осаменост. Кога старите луѓе одат во пензија често стануваат амортизирани и нивното долгогодишно искуство воглавно не се користи, а нивната понатамошна улога се сведува на извршување на домаќинските работи, чување внуци, а финансиската ситуација значително им се влошува, им се нарушува сликата за самите себе и им се намалува учеството во различните социјални активности (Victor et al., 2000).

1.2.3. Предиктори на осаменост кај старите лица

Релативно малку истражувања се направени за предикторите на осаменоста со оглед на социјалната и емоционалната димензија на осаменоста. Затоа во овој дел ќе бидат опишани само оние за кои постојат доволно докази дека се поврзани со осаменоста, како што се возраста, полот, брачната состојба, социоекономскиот статус, социјалните односи и сл.

- ***Возраст.*** Трендот на се помал број деца во семејствата и одвоеното живеење на возрасните деца и нивните остарени родители претставува реална опасност дека се поголем број на стари особи ќе живеат осамено и во социјална изолација (Bara

&Podgorelec, 2015). Во литературата често можат да се пронајдат стереотипи дека осаменоста е најзастапена меѓу постарата популација, но осаменоста е најчеста кај адолесцентите, особите во млада животна доба како и најстарите возрасни групи над 80 години (Cacioppo et al., 2006). Осаменоста расте со текот на годините. Но лонгитудиналните анализи укажуваат дека тоа се случува само во постарата животна доба.

- ***Пол.*** Резултатите од истражувањето на Цациопо и сор., (Cacioppo et al., 2010) покажале дека осаменоста е почеста кај жените во споредба со мажите. Хајникен и Каупинен (Heikkinen & Kaupinnen, 2004) исто така утврдиле статистички значаен пораст на осамоенста кај жените на возраст од 80 до 85 години. Наведеното може да се објасни со тоа што жените во истражувањата се повеќе подготвени да го признаат постоењето на чувството на осаменост бидејќи тоа не ги стереотипизира како слаби, како што е тоа случај со мажите. Смртта на брачниот партнер, депресијата и намалената подвижност се предиктори за осаменост кај жените, а намалените социјални контакти се предиктори за осаменост кај мажите (Fessmna & Lester, 2000).
- ***Брачна состојба.*** Брачниот статус на возрасните е најсилниот предиктор на субјективната добросостојба. Тој е поврзан со намален морталитет, односно, поврзан е со продолжен животен век дури од десет години. Исто така, утврдено е дека женетите/мажените и оние во трајна вонбрачна врска се помалку осамени од самците, разведените и вдовците (Lackovic-Grgin, 2014), бидејќи брачните партнери и децата ги пружаат сите видови на неформална поддршка, а сиблинзите и подалечните роднини воглавно осигуриваат емоционална поддршка (Bara &Podgorelec, 2015).
- ***Социеоекономски статус.*** Постојат истражувања спроведени кај постари испитаници кои покажуваат негативна поврзаност помеѓу образованието и висината на приходите со осаменоста. Имено, сиромашните луѓе се повеќе склони кон појава на чувство на осаменост (Nicholson, 2008). Недостатокот на материјални средства за живот може да доведе до негативни перпцеции на стареењето, а доволните материјални средства можат да доведат до позитивни перцпеции на стареењето поради тоа што старите особи со повеќе материјални средства имаат повеќе можности за вклучување во различни општествени актовности на тој начин чувствувајќи се општествено корисни (Zhao et al., 2017).

Меѓутоа некои истражувања покажале дека повеќето материјални средства и поголемите образовни постигнувања поврзани се со негативна перцепција на стареењето заради релативните загуби предизвикани со пензионирањето (Zhao et al., 2017). Урбанизацијата, индусстријализацијата и модернизацијата на општеството ја ослабаа семејната, роднинската, пријателската и добрососедската поддршка која некогаш била карактеристичен начин на живот (Bara &Podgorelec, 2015).

- ***Место на живеење.*** Постојат спротиставени размислувања кога се зборува за поврзаноста на осаменоста со местото и условите на живеење. Урбаните и руралните населби се разликуваат по сообраќајната поврзаност со други населени места или градови. Урбаните простори стануваат се поразвиени како би се задоволилое потребите на богатите, млади потрошувачи, па поради тоа одредени урбани подрачја повеќе не се погодни за одржување на социјални односи кои можат да ги заштитат старите особи од социјална изолација, осаменост и со тоа да им го подобрат менталното здравје (Deangelo, 2011). Поради тоа големо внимание се посветува на создавањето на т.н. Age-Friendly Cities иницирани од страна на СЗО како би се поттикнало здраво активно стареење.
- ***Социјални односи.*** Социјалните односи се важни за луѓето од сите возрасни групи и влијаат врз квалитетот на животот, морбидитетот и морталитетот (Fiori et al., 2008). Со оглед на тоа дека постарата животна доба може да претставува предизвик во промената на улогите како што се станување баба и дедо, заминување во пензија, смртни случаи на блиски особи, како и потенцијално намалување на социјалните мрежи, може да биде загрозено, односно, спречено создавањето на нови пријателства и одржување на постоечките односи (Pikhartova et al., 2016). Исто така, социјалните и семејните односи се клучни елементи за квалитетот на животот на старите лица и заземаат второ место по важност, ведбаш после здравствената состојба и токму овие односи и поддршката која се добива во нивни рамки се од посебен интерес за овој труд.

1.2.4. Можни последици – исходи од осаменоста

Осаменоста во старата животна доба е доста честа појава и е предиктор на многу здравствени потешкотии. Осамноста како една од причините за пораст на депресијата, претставува се поголем ризик и за развој на деменција, кардиоваскуларни заболувања,

пореметување на спиењето, слабеење на имунолошкиот систем, зголемена склоност кон воспаленија, прекумерна телесна тежина, зголемена осетливост на болка (Litwin, 2001). Истражувањата покажале дека осаменоста е директно поврзана со морталитетот, веројатно поради тоа што осамените особи повеќе заболуваат од хронични болести (Routasalo et al., 2006). Во продолжение се опишани некои од најчестите последици од осаменоста кај старите лица.

1.2.4.1. Негативни чувства

Со оглед на порастот на постарата популација, се поголема важност се придава на квалитетот на живот кај овие лица. Еден од главните здравствени проблеми кај постарите особи е депресијата, при што преваленцијата на истата во постарата животна доба варира помеѓу 4,5% и 37,4% (Sable et al., 2002). После седумдесетите години од животот, осаменоста која се јавува е позитивно поврзана со негативните чувства, па така незадоволството и слабата социјална поддршка постепено се зголемуваат со зголемување на возраста (Golden et al., 2009). Како најчести истражувани психолошки и социјални фактори на ризик за појава на негативни чувства кај старите лица се губењето на врските предизвикани со смрт на блиски особи или на партнерот, одвоеност од блиските особи заради селидба на оддалечени места, губење на социјалните улоги, губење на социјалниот статус, минати или сегашни трауматски искуства, губење на вистинската или перцепираната емоционална и социјална поддршка, итн (Ajdukovic et al., 2013). Негативните чувства, пред се, депресијата можат да доведат до бројни негативни здравствени исходи, како што се исхемична болест на срцето, инвалидитет, па дури и смрт што во голема мера влијае врз зголемување на трошоците за здравствена заштита. Значи, осаменоста кај старите лица е еден од значајните предиспонирачки фактори за појава на негативни чувства и настанување на депресија. Така, кај најстарите особи депресијата е поврзана со поголема мсртност само кога е присутно чувство на осаменост (Adams et al., 2004). Поновите истражувања покажуваат поврзаност на исхраната со појавата на осаменост, Така, резултатите од истражувањето на Ванг и сор., (Wang et al., 2016) на 7968 особи од постара животна доба покажале дека недостатокот на дружење за време на ручек поврзано е со појава на депресивни симптоми кај жените на возраст помеѓу 60 и 74 години. Авторите заклучиле дека оброкот без друштво може да биде фактор кој е посилно поврзан со депресивните симптоми отколку животот како самец.

1.2.4.2. Негативна перцепција на и од луѓето

Опѓтото негативно расположение на осамените особи често се рефлектира и на доживувањето на луѓето околу себе (Cattan et al., 2005). Осамените особи, освен што негативно ја доживуваат околината, губат интерес и да им угодуваат на другите и се склони кон пристрасно перцепирање на околината, при што поголемо внимание посветуваат на негативните аспекти на животот. Со оглед на тоа дека осаменоста најмногу се поврзува со негативните феномени, како што се депресија, срамежливост, анксиозност, лутина и напнатост, самообвинување, обезвреднување и останати негативни психиолошки состојби, осамените луѓе се категоризирани како помалку успешни, претерано самокритични, што пак доведува до социјална изолација на тој начин создавајќи еден маѓепсан круг (Sviarkaltsava, 2016).

1.2.4.3. Намалена социјална интеракција

Заради намалените меѓугенерациски интеракции како и заради се поголемата социјална и географска мобилност, осаменоста и социјалната изолација станаа составен дел од искуството на стареење. Но, доколку одредена особа има само неколку социјални контакти или ако живее сама, тоа не мора нужно да значи дека е осамена. Имено, за постарите особи времето поминати со семејството може да претставува помало задоволство отколку посетата на пријател или сосед. Наведеното можеме да го припишеме на фактот дека односите со семејството се задолжителни, а оние со пријателите се работа на избор (Nilsson et al., 2006). Сепак, старите особи се повеќе подложни на социјална осаменост во споредба со помладите категории поради нивната ограничена мобилност, намалени социјални мрежи заради смрт на сопружници, членови на семејството и пријатели, како и поради промена на социјалните улоги заради пензионирање и намалување на приходите (Pikhartova et al., 2016). Намалената социјална интеракција е дефинирана со недостаток на контакти со другите, односно, обележена е со ретка социјална интеракција и недостаток на учество во социјални активности и групи, што се одразува на намален квалитет на животот и намалена добросостојба, висока стапка на морталитет, висок крвен притисок, депресија, склоност кон суицидално однесување и слично (Hunag et al., 2016). Спротивно на наведеното, социјалната интеракција игра важна улога во заштитата на луѓето од психолошки дистрес и влијае врз зголемување на личното задоволство. Значи, социјалната интеракција може да го ублажи страдањето и да влијае врз физичкото и менталното здравје (Nilsson et al., 2006).

Пораст на осаменоста се јавува кај старите особи кои се сместени во институциите. Имено, поминувањето на староста во сопствениот дом и заедницата понекогаш не е можна и остварлива опција за сите стари луѓе. Како што стареат луѓето често се наоѓаат во ситуации кои бараат поголема грижа и надзор кои во сопствените домови не можат да ги имаат па заради тоа и се одлучуваат на сместување во институции (Fessman & Lester, 2000).

1.2.4.4. Ризично однесување: консумација на алкохол и обид за суицид

Осамноста е поврзана со негативно здравствебо однесување како што е консумацијата на лкохол, дрога, пушење и физичка неактивност. Истражувањата покажале дека консумацијата на дрога и алкохол кај 63% од особите постари од 45 години е присутна поради чувство на осаменост (Fiori et al., 2007). Прекумерната консумација на алкохол престатвува важен проблем за јавното здравје, при што алкохолот ширум светот консумираат околу 2 милијарди луѓе. Фришер и сор., (Frisher et al., 2015) наведуваат дека особите на помлада возраст консумираат аалкохол во поголеми количини, но особите во постара животна доба консумираат алкохол почесто. Когнитивните дефицити поврзани со злоупотребата на алкохол се потешки кај особи на постара возраст во однос на помладите возрасни групи со оглед на тоа дека алкохолот ја забрзува детериоризацијата на функционирањето на централниот нервен систем која се случува со текот на годините. Но, причините за и против умереното социјално пиење отворени се за дискусија, при што постарите особи кои пијат умерено себеси се перцепираат како поздрави и подруштвени во однос на старите особи кои апстинираат. Исто така, пружањето можност за ограничено социјално пиење во домовите за стари лица се смета дека има корисни ефекти врз социјалната интеракција и расположението.

Кога зборуваме за суицидот, потребно е прво да се протолкува дефиницијата за разбирање на суицидот. Суицидот најчесто се дефинира како доброволно и намерно самоуништување. Durkheim поставил модел за разбирање на психосоциолошките теории на суицидот, при што истиот го категоризирал во една од четирите категории: егоистички суицид, алтруистички суицид, аномичен суицид и фаталистички суицид (Marcinko, 2011). Овој психосоциолошки модел тврди дека недоволната социјална интеракција е една од ретките социјални сили кои предизвикуваат суицид. Од друга страна, интерперсоналната теорија за суицид зборува дека има две причини за

размислување на суицид: недостаток на социјална поврзаност (губење на чувство на припадност) и чувство на оптеретување, при што особата верува дека другите би биле подобри и посреќни ако неа ја нема (Van Orden et al., 2010).

Секоја година ширум светот од суицид умираат околу милион луѓе при што суицидот е најголема причина за смрт помеѓу економски активното население (15-44 години), а втора најголема причина кај населението на возраст од 15-19 години. Појавата на суицид кај особите постари од 65 години е најголем во земјите во развој и изнесува околу 80,3 суицида на 100.000 жители (Marcinko, 2011). Сепак, загрижувачки е податокот за пораст на суицидот кај особите на постара возраст, при што постарите особи за разлика од другите возрасни групи, имаат поголема шанса да умрат при првиот обид за суицид заради изборот на смртоносните методи (Van Orden et al., 2015). За разлика од суицидот кај младите кој обично е предизвикан од една причина (недостаток на академско постигнување, распад или несогласување со родителите или наставниците), кај старите особи постојат повеќе фактори за суицид: осаменост заради загуба на сопружник или роднина, хронични болести или финанисиски потешкотии (Marcinko, 2011). Што се однесува до полот, под поголем ризик за суицид се мажите од 75 години кои се вдовци или разведени, социјално изолирани и имаат симптоми на депресивно пореметување и зависност од алкохол, а што се однесува до сезонските варијации мажите почесто вршат суицид на пролет, а жените на пролет или во на есен (van Orden et al., 2015). Истражувањата покажуваат дека околу 70% од жртвите на суицид на постара возраст имаа сериозна слика на депресија со недели пред извршување на суицидот, а околу 20% од жртвите ги задоволуваат критериумите за зависност од алкохол исто така повеќе недели пред извршување на суицидот (Marcinko, 2011). Како фактори на ризик за депресија и алкохолизам кај постарите особи се наведуваат лошото телесно здравје, хроничните и онеспособувачките болести, наглото интелектуално пропаѓање, чувството на празнина поврзано со загубата на работната способност, потоа смрт на сопружникот и материјални потешкотии. Кај осетливите особи без семејна и социјални поддршка таквите загуби условуваат социјална изолација, чувство на беспомошност, осаменост, деморализација, а особено се издвојува чувството на безнадежност кое го следат суицидални идеи (van Orden et al., 2015).

1.2.4.5. Зголемување на морталитетот

Осаменоста се акцентира како глобален јавноздравствен проблем бидејќи претставува значаен ризик фактор за морбидитет и морталитет кај особите од старата животна доба. Имено, осамените особи во стара животна доба во однос на своите врсници кои не се осамени имаат поголем ризик во инциденцијата, прогресијата и морталитетот од кардиоваскуларни болести, слабеење на имунолошкиот систем, зголемена склоност кон воспаленија, прекумерна телесна тежина и слично (Howat et al., 2004). Исто така, поверојатно е дека старите особи кои имаат социјална поддршка побрзо ќе се опоравaт од потешки болести, како што се на пример, рак на града или миокарден инфаркт, во споредба со старите особи со неадекватна социјална потпора, со оглед на тоа дека влијанието на семејството и пријателите се смета за поттик за позитивно здравствено однесување (вежбање, редовен одмор, лекарски прегледи) кое влијае на физиологијата и здравјето кај старите лица (Luo et al., 2012).

1.3. ДЕПРЕСИЈА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

Депресијата е најчесто ментално нарушување кај особите во постара животна доба. Од ова нарушување боледуваат 10-15% од старите лица. Депресијата во старата животна доба може да се дефинира како психичко нарушување чии битни обележја се промени во расположението, тага, недостаток на радост, емоционална празнина, летаргија, губење на интерес и низа физички тегоби (Ramos & Wilmoth, 2003). Депресијата не е природен дел од стареењето, често доаѓа во коморбидитет со некои соматски заболувања или како резултат на на приуство на социо-емоционални ризик фактори. Затоа, многу е важно да се препознаат симптомите на депресијата кај старите лиа бидејќи често знаат да бидат непрепознатливи, особено, поради соматската симптоматологија (Wilson et al., 2007).

1.3.1. Етиологија на депресијата

Во литературата може да се најде голем број на теориски модели на депресија, како биолошки, психолошки и социјални, така и спиритуални и еволуционистички. Секој од овие модели содржи повеќе или помалку корисни информации и вистини за депресијата, но ниту еден од нив не ги објаснува сите аспекти на депресијата и нејзиното лекување. Со други зборови, ниту еден од моделите на депресијата не може во целост да се прифати или отфрли. Депресијата е исклучително сложен медицински, но и антрополошки, еволуциски, социолошки, физиолошки и психолошки феномен кој може да се набљудува од различни перспективи, кои обединети ја даваат нејзината целосна слика која може да биде патоказ за нејзино успешно лекување (Pecjak, 2001). Различните перспективи, во различните фази од развојот на депресогениот процес, но и во различните фази на лекување овозможуваат подобро разбирање и поуспешно лекување на депресијата. Трансдисциплинарниот холистички интегративен модел се заснова на систематизирани и интегрирани сознанија за депресијата од седум перспектира на основа на четири парадигми (телесна, телесно-душевна, телесно-енергетска и телесно-духовна) и четири онтолошки димензии (човекот како биолошко/телесно, психичко/душевно, социјално и духовно/трансцедентално суштество) (Keele – Card et al., 2007).

Денес се смета дека депресијата настанува како резултат на интеракцијата на биолошки и психосоцијални влијанија. Биолошките фактори вклучуваат генетска

предиспозиција, односно, ризик за депресија, додека психолошките фактори се поврзани со одредени црти на личноста (ниско самопочитување, перфкционизам, итн.) (Cankurtara et al., 2004).

Истражувањата покажале дека етиологијата на депресијата е многу сложена и вклучува голем број на невробиолошки и генетски фактори на кои дејствуваат и фактори од околината. Бидејќи депресијата е сложено нарушување, досегашните истражувања на генетската подлога на депресија упатуваат на тоа дека не постои само еден специфичен ген кој би бил одговорен за развој на депресија, туку се претпоставува дека интеракциите на различни гени и фактори од околината (стрес, рано трауматско искуство) се поврзани со развојот на депресијата (Bell et al., 2005).

Развојот на депресијата се поврзува со промената во активностите на невротрансмитерските системи, првенствено серотонинскиот, норадреналинскиот, а во помала мера и на допаминскиот и нивните рецептори. Класичната теорија за невробиолошката подлога на депресијата вклучува намаелна концентрација на моноамиски невротрансмитери и дисрегулација на синаптичкиот пренос на биогени амини, норадреналин и серотонин. Серотонинот е биоген амин кој се создава во мозокот, пинеалната жлезда, тромбоцитите и дигестивниот тракт. Околу 20% од вкупниот серотонин се синтетизира во мозокот, а остатокот од 80% во другите делови од телото. Има важна улога во регулацијата на сонот и апетитот. Интересен е фактот дека нивото на серотонин се намалува во зимските месеци (Haynie et al., 2000). Многу истражувања докажуваат дека особите кои јадат храна богата со јаглехидрати, благодарение на покачениот серотонин, се поотпорни на депресија (Heikkinen & Kauppine, 2004). Исто така утврдено е дека намалената концентрација на серотонин игра многу важна улога во настанувањето на депресивните нарушувања. Афективните нарушувања (нарушувања на расположението) се објаснуваат и со допаминската хипотеза (намаленото ниво на допамин исто така е еден од ризик факторите кои можат да влијаат врз појвата на депресија) (Whooley et al., 2000).

1.3.2. Клиничка слика на депресијата

Депресивните особи типично чувствуваат тага и безнадежност. Тие ја губат способноста за чувствување на задоволство и не се заинтересирани за активностите кои порано ги радувале и во кои уживале. Депресивното расположение кај пациентите се

различува од вообичаената тага. Тоа во себе содржи чувство на длабоко страдање и емоционална болка. Некои депресивни болни можат да бидат поиритабилни, понапнати и поанксиозни отколку тажни (Bell et al., 2005).

Карактеристично за депресивните болни и нивото неверување во можноста за подобрување, иако поголем дел од нив заради самата природа на болеста такво подобрување веќе има доживеано. Лицето и мимиката даваат израз на болка, вознемиреност, често без солзи, но некои од пациентите плачат, вознемирени се, постојано прашуваат за нивната болест и бараат помош (Heikkinen & Kauppine, 2004). Многу често, пациентите кои се жалат на силно чувство на тага, истовремено се жалат и на неможност да се исплачат или воопшто да заплачат. Во фазата на опоравување, наизглед парадоксално, се опоравува и таа способност за плачење. Половина од пациентите го негираат депресивното расположение и таквите пациенти честопати се доведувани на лекар од страна на семејството заради социјално пропаѓање. Типични се дневните варијации на расположението, па многу од пациентите полошо се чувствуваат наутро (Ramos & Wilmoth, 2003).

Депресијата многу често е придружена со анксиозност, зголеман употреба и злоупотреба на алкохол, а понекогаш доминираат соматски (телесни) симптоми, што е особено често кај постарите пациенти и во случаите на маскирана депресија (Sable et al., 2002). Анксиозноста понекогаш е толку изразена што дури е тешко да се каже дали станува збор за анксиозно нарушување придружено со депресија или за депресивно нарушување придружено со анксиозност. За такви случаи предвидена е дијагноза на анксиозно-депресивно нарушување (Tikainnen & Heikkinen, 2004).

Кај депресијата чести се и промените во апетитот. Типично апетитот е намален. Сепак, депресијата може да се манифестира и со зголемен апетит и пораст на телесната тежина, што е карактеристично за атипичната депресија (Bell et al., 2005). Пореметувањето на спиењето е исто така често. Скоро 80% од пациентите се жалат на пречки во спиењето, особено тешкотии при заспивањето и рано утринско будење. Често им се случува по неколку пати да се будат во текот на ноќта и да не можат лесно да заспијат. Токму поединците кои се будат во раните утрински часови (терминална инсомнија) се склони кон најтешката клиничка форма на депресија. Повремено депресивните пациенти се жалат на хроничен замор (Wilson et al., 2007). Депресивната особа има намален интерес за сексуални активности, што понекогаш може да се

манифестира како главен проблем, а несоодветната дијагноза може таквите особи да ги насочи кон брачна терапија со цел решавање на сексуалните проблеми, бидејќи депресивното нарушување не се препознава (Luo et al., 2012).

Депресивниот пациент може да има укочено држење, без спонтани движења, поглед на страна или према доле. Психомоторната успореност се манифестира како успорено мислење и говор кој заради губењето на интонацијата делува монотоно, движењата исто така се успорени, а речениците кратки и оскудни. Психомоторната закоченост може да оди дури и до целосна неподвижност (т.н. депресивен ступор), па таквите пациенти често имаат и запуштен изглед и се мутистични (одбиваат да зборуваат). Кога ќе излезат од ступорот можат да се сетат на доживувањата од тој период. Наспроти таквото 'закочено' однесување депресивните особи можат да бидат и вознемирени (психомоторна агитација), особено кога станува збор за постари лица (Adams et al., 2004).

Депресивните особи во психомоторен немир или агитација не можат мирно да седат или да стојат на едно место и постојано се во движење. На пример, стискање на дланките, кршење на прстите, кубење на косата се чести знаци за агитација. Многу депресивни пациенти имаат проблеми со концентрацијата или намалена способност за мислење. Многу чувствуваат како веќе не можат да ги извршуваат ниту секојдневните активности (Barg et al., 2006).

Кај посериозните случаи депресивните пациенти не се во можност ниту да гледаат телевизија. Кај две третини од пациентите постојат одредени пречки во помнењето и запомнувањето кои понекогаш оставаат слика на т.н. депресивна псевдодеменција. Некои не можат да се сетат дури и на вообичаени секојдневни работи, па така кај жените се јавува неспособност за готвење, при што таквата состојба може да имитира деменција. Ова особено може да претставува дијагностички проблем кај постарите пациенти (Cacioppo et al., 2010). Затоа, никако не смее да се случи кај старите пациенти со ракви симптоми, кои се предизвикани од депресија, да се превиди поставувањето на точната дијагноза и на тој начин да се занемари соодветното лекување.

1.3.3. Видови на депресивни нарушувања

Освен во службената класификација и во клиничката пракса постојат различни поделби на депресијата кои се спомнуваат низ различни класификации низ психијатриската историја. Така постои:

- ***Униполарна депресија*** – депресија која настанува кај пациентите кои никогаш не покажале симптоми на манија или хипоманија. Дијагноза може да се постави кога болеста ќе се повтори два или повеќе пати (Haynie et al., 2000).
- ***Биполарна депресија*** – се однесува на депресивната фаза на биполарното афективно нарушување. Биполарната депресија често започнува со депресивна фаза на болеста, па затоа тешко е да се разликува биполарна од униполарна депресија бидејќи клиничките слики им се многу слични (Litwin, 2001). Денес, постојат различни предлози како рано да се диференцира биполарна од униполарна депресија, но ниту со едно тестирање не може со сигурност да се разделат овие два вида на депресија, освен со клиничко следење (Huang et al., 2016).
- ***Психотична депресија*** – кога се присутни суманути идеи ихалуцинации, зборуваме за психотична депресија. Заради суманутото доживување на вина, кај овие пациенти честа е појавата на суицидалност. Суманутите идеи, освен вина, се и идеи на општа пропаст, осиромашување, хипохондриски суманути идеи и сл (van Orden et al., 2015).
- ***Реактивна депресија*** – претставува реакција на животните проблеми и стресни ситуации како што се смрт на блиска особа, развод, губење на работа и сл., само што депресивните состојби се посилно изразени и траат подолго од обичната тага. Оваа депресија треба да се разликува од т.н. ендогена депресија, која настанува без некаква видлива причина и одраз е на биолошката и генетската структура на една особа (van Orden et al., 2015). Меѓутоа, епидемиолошките испитувања и кај пациентите со ендогена депресија наоѓаат поголем број на негативни животни настани кои и претходат на појавата на депресија. Во модерната психијатрија таа поделба е напуштена и секоја депресија се разгледува низ био-психо-социолошка призма, каде сите фактори придонесуваат за развој на болеста (Huang et al., 2016).

- ***Секундарна депресија*** – често се нарекува и депресија поради други медицински состојби. Значи, се јавува кај особи кои боледуваат од телесни болести, на пример, ендокринолошки (болест на тироидната жлезда), невролошки (Паркинсонова болест, мултипна склероза), но и кај примена на различни лекови (кортикостероиди, дигиталис, индометацин, орални контрацептиви и сл.) (Wilson et al., 2007). Секогаш е потребно да се лечи основната болест, а примената на антидепресиви да биде помошна терапија. Кај депресиите предизвикани од лекови треба да се разгледаат индикациите и потребата од примена на одредени лекови (Ramos & Wilmoth, 2003).
- ***Сезонска депресија*** – симптомите на депресија обично се појавуваат во есен или зима, а исчезнуваат пролет или лето. Често се манифестираат со вообичаени симптоми на намалено распположение, намалена активност и намалено либидо, присутни се и атипични симптоми, како што се зголемено спиење, пораст на телесната тежина, зголемена потреба за јаглехидрати и сл (Kralj, 2013).
- ***Атипична депресија***- следена е со зголемен апетит, пораст на телесна тежина, зголемена потреба за сон, а чести се и телесни симптоми. Кај мажите се вообичаени атипични симптоми на агресија и иритабилност (Fessman & Lester, 2000).
- ***Дистимија*** – се работи за хронично депресивно нарушување кое има поблаги симптоми од вистинската голема депресија, но нема епизодичен тек, туку болеста трае 2 и повеќе години. Почеста е кај жените (Wilson et al., 2007).
- ***Маскирана депресија*** – кај овој облик на депресија нема депресивно расположение, туку најчесто е прекриено со телесни или вегетативни симптоми. Овој вид на депресија уште се нарекува и 'ларвирана депресија'. Хроничниот болен синдром е еден вид на маскирана депресија (Huang et al., 2016).
- ***Реакција на тагување*** – тагувањето и жалењето се синоними кои го опишуваат синдромот кој предизвикува губење на сакана особа, но може да се појави и како последица на разделба, губење на работа, вреден предмет или повреда (инвалидитет и сл.). По симптомите како што се плачење, губење на телесна тежина, намалено либидо, повлекување, несоница, раздразливост, пречки во концентрацијата и вниманието, тагувањето наликува на депресија, но антидепресивите немаат еднаков тераписки ефект, туку симптомите често

се повлекуваат спонтано во временски период од неколку месеци. Ако во тек на тагувањето се јават суицидални идеи, чувство на вина, безвредност, амбиваленција, несвесна лутина према починатиот, социјална изолација, треба да се размислува за можен развој на депресија и на време да се почне со лекување (Huang et al., 2016). При лекување на тагувањето, секогаш е подобро да се понуди вербална утеха отколку таблета, иако и мали дози на анксиолитици можат да помогнат во пократок период. На особите треба да им се дозволи да зборуваат за саканиот објект, да плачат ако имаат потреба, да не се инсистира на разговор ако особата не сака и не е подготвена. Повеќето луѓе ја пребродуваат кризата на тагување и без помош на лекар, со поддршка од околината (van Orden et al., 2015).

1.3.4. Дијагноза на депресивните нарушувања

Согласно современата психијатриска дијагностика, дијагноза за депресија се поставува врз основа на договорени дијагностички критериуми. Во психијатриската пракса се користат две класификација на болести: Меѓународна класификација на болести – МКБ 10 и Класификација на американското здружение на психијатри – DSM – IV (Huang et al., 2016).

Депресијата е болест која се јавува во епизоди. Кога депресијата ќе се јави прв пат зборуваме за депресивна епизода, а симптомите кои се потребни за поставување на дијагноза кои треба да траат најмалку 2 недели (Cankurtara et al., 2004).

За дијагностицирање на нова депресивна епизода мора да постои период од најмалку два месеци без депресивни симптоми пред да се појави нова депресивна епизода. Тогаш зборуваме за повторувачко депресивно нарушување (Durakovic, 2007).

Ако особата има пет или повеќе од наведените симптоми под А зборуваме за голема депресија, а ко има четири и помалку симптоми, тогаш зборуваме за мала депресија (Табела 1). Во класификацијата исто така можат да се наведат поимите блага, умерена и тешка епизода.

Под блага депресија подразбираме: два типични и два главни симптоми на депресија, под умерена епизода подразбираме: два типични и три и повеќе главни

симптоми, а под тешка епизода подразбираме: три типични и четири и повеќе главни симптоми на депресија (Galic & tomasovic Mrcela, 2013).

Табела 1. Критериуми за депресија според МКБ - 10

Критериуми за депресија според МКБ - 10

Типични симптоми (А – симптоми):

- *Депресивно расположение*
- *Губење на интерес и задоволство во вообичаените активности*
- *Намалена животна енергија*

Други чести симптоми (Б – симптоми):

- *Пореметување на спиењето*
- *Пореметување на апетитот*
- *Пореметување на концентрацијата и вниманието*
- *Намалено самопочитување и самодоверба*
- *Идеи на вина и бевредност*
- *Песимистички поглед на иднината*
- *Идеи за самоповредување или самоубиство*

Телесни симптоми кои го сочинуваат телесниот синдром:

- *Анхедонија – губење на интерес или задоволство во активностите кои поради се доживувале како пријатни*
- *Недостаток на реактивност на вообичаено пријатна околина и настани*
- *Рано будење – два или три часа порано од вообичаено*
- *Утринско влошување на депресијата*
- *Психомоторна забавеност или немир*
- *Губење на апетит – во значајна мера*
- *Губење на тежина – мин. 5% во последните месец дена*
- *Намалување на либидото*

Депресивни епизоди

Блага депресивна епизода *има најмалку 4 симптоми: 2 типични + 2 други + благо пореметување на социјалното функционирање.*

Умерена депресивна епизода *има најмалку 5 симптоми: 2 типични + 3 други симптоми + умерено пореметување на социјалното функционирање.*

Тешка депресивна епизода без психотични симптоми *има најмалку 7 симптоми: 3 типични симптоми + најмалку 4 други. Често е присутна посилна вознемиреност или забавеност, како и соматски синдром. Социјалните и работните активности на особата со тешка депресивна епизода се значително ограничени.*

Тешка депресивна епизода со психотични симптоми. *Постојат критериуми за тешка депресивна епизода без психотични симптоми, со критериуми за тешка депресивна епизода придружена со психотични симптоми (суманутост, халуцинации и депресивен ступор).*

1.3.5. Лекување на депресивните нарушувања

И покрај големата застапеност, депресијата не е препозната во 50% од случаите, а дури 75% од депресивните пациенти не се лечат. Од пациентите пак кои се лечат, 90% од не се лечат доволно, што доведува до заклучокот дека само 10% од болните од депресија се лечат на задоволителен начин. Соодветното лекување на депресијата дава добар тераписки одговор во 60 до 80% од случаите (Heikkinen & Kauppinen, 2004). Лекувањето на депресијата се спроведува со психофармацевтски средства, психотерапија и психоедукација на пациентите и членовите на нивните семејства (Galic & tomasovic Mrcela, 2013).

Основата во лекувањето на депресивните нарушувања ја претставуваат антидепресивите. Исто така можат да се користат и други лекови, зависно од степенот на нарушување, како што се стабилизатори на расположението, анксиолитици и антипсихотици. Антидепресиви од прв избор се селективни инхибитори на повторно превземање на серотонин (SSRI) бидејќи се сигурни, ефикасни и добро се поднесуваат., несаканите ефекти се благи и минливи (Huang et al., 2016). За да се постигне оптимален ефект со примената на антидепресиви потребно е да се задоволи основниот постулат на тераписката постапка: антидепресиви во оптимална доза доволно долго време. Со цел спречување на појава на нови депресивни епизоди се продолжува со терапија на одржување во иста доза на антидепресиви како и во акутната фаза (Cacioppo et al., 2010). Пациентите, кај кои се повторуваат депресивните епизоди, терапијата на одржување треба да се зема минимално пет години, а кај одреден број пациенти и доживотно.

Хоспитализација е потребна кај тешката депресија. Ако се постигне психотично ниво потребно е да се даде и антипсихотик. Висок ризик за самоубиство, психотичен депресивен ступор или резистенција на терапија се индикација за апликација на електроконвулзивна терапија (ЕКТ) (Marcinko, 2011).

Пожелно е фармакотерапијата да се надополни со психотераписки и други техники како што се супортивна психотерапија, аналитички ориентирана психотерапија, рационално-емоционално-бихејвиорална терапија, когнитивно-бихејвиорална терапија и сл (van Orden et al., 2015).

1.4. СУБЈЕКТИВНА ДОБРОСОСТОЈБА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

Бројни филозофи како што се Аристотел, Епикур и Бентам забележале дека постигнувањето на добросостојба е еден од важните мотиви за дејствување на луѓето и затоа настојувале да откријат што претставува тој поим. Гледиштата за овој поим се разграниле во две главни правца. Првиот правец е хедонизам, кој го застапува гледиштето дека добросостојбата се состои од пријатност или среќа, а другиот правец е еудаимонизам, кој добросостојбата ја поврзува со актуелизацијата на човечките потенцијали, со исполнување или остварување на вистинската природа на поединецот (Brdar, 2006). Сложеноста на поимот за добросостојба ја потврдиле и Комтон и сор., (Comton et al., 1996, според Brdar, 2006) кои откриле двофакторска структура на истиот – едниот фактор претставува субјективна добросостојба, а другиот психолошка добросостојба, односно, личен раст и развој. Умерената поврзаност на овие два фактори укажува на тоа дека хедонистичките и еудамонистичките аспекти се одвоени, но сепак поврзани (Brdar, 2006). Деци и Рајан (Deci & Ryan, 1985, според Brdar, 2006) ја опишуваат добробитта како начин на живот кој ги соединува автономијата, владеењето со околината, личниот раст, позитивниот однос со другите, смислата на животот и самоприфаќањето, што е во согласност со еудаимониското гледиште.

1.4.1. Хедонистички пристап

Хедонистичкиот пристап го добил називот по грчкиот збор hedone што значи задоволство или уживање (Rijavec et al., 2008). Генерално, централниот концепт на оваа парадигма е среќата која се смета за синоним на поимот добросостојба. Добросостојбата, која по овој пристап се нарекува уште и субјективна добросостојба, вклучува високо нивоа на животно задоволство, високо ниво на пријатни емоции и ниско ниво на непријатни емоции. Во согласност со тоа, хедонистички ориентираните психолози претпоставуваат дека нашите активности се мотивирани од тенденцијата за доживување на пријатност и избегнување на непријатност, но при што предупредуваат дека субјективната добросостојба, односно, среќата, не треба да се ограничи само на физичкиот хедонизам. Спротивно на тоа, таа ги вклучува сите добри и лоши аспекти на животот и може да се постигне со успешно остварување на тенденциите и целите кои за особата се важни. Динер и сор., (Diener et al., 2000) водејќи се од овие претпоставки разликуваат особи со висок степен на субјективна добросостојба кои почесто доживуваат пријатни состојби и емоции, а поретко непријатни и кои се генерално

задоволни со својот живот, и обратно, особи со низок степен на субјективна добросостојба кои ретко доживуваат пријатни состојби и емоции, а почесто непријатни.

1.4.2. Компоненти на субјективната добросостојба

Субјективната добросостојба се состои од когнитивна и афективна компонента.

Когнитивната компонента на субјективната добросостојба се заснова на когнитивното вреднување на животот односно на проценката на особата на глобалното задоволство со својот живот. Таквата проценка е субјективна мерка на добросостојбата бидејќи секој поединец кој проценува има единствени вредности, очекувања, искуства и стандарди со кои го споредува својот живот. На пример, особата може да ја спореди својата моментална животна ситуација со претходната или со ситуацијата која сака да ја има во иднина, како и со ситуациите на другите луѓе (Brdar, 2006). Со оглед на тоа дека луѓето меѓусебно се разликуваат во придавањето важност на одредени подрачја од животот, како и со оглед на тоа дека сите подрачја од животот на поединецот не му се подеднакво важни, се истражува задоволството со различни домени како што се семејството, бракот, здравјето, работата, итн (Cheng et al., 2009). Понатаму, особата која е задоволна со својата работа, здравје, социјални односи и скоро со сите подрачја од животот сепак може да има ниско глобално задоволство од животот поради влијанието само на едно подрачје со кое особата не е задоволна, на пример несреќен брак. Заради тоа важно е да се нагласи дека глобалното задоволство со животот не може да се одреди со едноставно собирање на проценките на задоволствата во поедечните домени. Глобалното задоволство со животот и задоволството со одредени домени во животот се умерено поврзани, што укажува на тоа дека тие два конструкти не се исти, но сепак и понатаму делат голем дел на заедничка варијанса (Kahn et al., 2003). Субјективната когнитивна мерка на добросостојбата може истовремено да биде и предност и недостаток. Предност е што особата најдобро се познава себе и никој друг не може толку добро да ја направи проценката како што може таа самата. Недостатокот на таквата мерка е што когнитивното процесирање е тешка задача која е подложна на пристрасности, поедноставување и моментални расположенија (Pinquart & Sorensen, 2000). И покрај тие недостатоци и понатаму постои значајна временска стабилност во проценките на животното задоволство (Fujita & Diener, 2005). Истражувањето на Еида и Динер (Eida & Diener, 2004 според Rijavec et al., 2008) покажува дека стабилните

фактори објаснуваат 74% од варијансата на субјективната собросостојба, а срединските фактори само 16% во периодот од четири недели.

Афективната компонента се однесува на проценката на зачестеноста на различни емоции и расположение и често се изразува како сооднос на пријатни и непријатни афекти. Важно е да се нагласи дека пријатните емоции односно расположенија не се спротивност на негативните, туку тоа се две независни димензии при што особата истовремено може да доживее и пријатни и непријатни емоции (Rijavec et al., 2008). Афективната компонента уште се нарекува и емоционална добросотојба и при нејзината проценка се зема предвид греквенцијата на пријатни емоции, а не интензитетот, со оглед на тоа дека интензивни емоции ретко се јавуваат и со самото тоа се помалку важни за долгорочно емоционална добросостојба (Brdar, 2006). Покрај тоа особите кои почесто доживуваат интензивни позитивни емоции исто така често поинтензивно доживуваат и негативни емоции. Се покажало дека позитивниот и негативниот афект, иако се независни фактори, сепак се негативно умерено корелирани (Rijavec et al., 2008).

На крај, може да се каже дека афективната и когнитивната компонента на субјективната добросостојба се независни фактори кои се умерено поврзани (Siu & Philips, 2002).

1.4.3. Корелати на субјективната добросостојба

1.4.3.1. Особини на личноста и диспозиции

Истражувањата покажуваат дека генетските фактори на кои и припаѓаат особините на личноста објаснуваат околу 40% до 50% од варијансата на субјективната добросостојба. Според тоа, се чини дека диспозициите се особено важни за субјективната добросостојба. Во стручната литература се наведуваат четири особини на чиоста кои ги карактеризираат среќните особи:

- Самопочитување,
- Оптимизам,
- Екстраверзија и
- Чувство на лично постигнување и контрола (Katula, 2000).

Генерално, поединците со висока субјективна добросостојба имаат позитивни чувства за себе и иднината, чувство на постигнување и имаат поизразена црта на

екстреверзија. Исто така, поверојатно е дека таквите особи се активни и енергични, а помалку е веројатно дека се невротични (Ljubomirsky, 2005).

1.4.3.2. Социјално припаѓање и поддршка

Еден од најважните извори на среќа и субјективна добросостојба се личните односи. Бројни истражувања ја поткрепуваат поврзаноста помеѓу среќата и бракот, интимноста, социјалната поддршка и пријателствата (Ljubomirsky et al., 2005). На пример, едно истражување покажало дека поединците кои именувале пет или повеќе пријатели со кои во последните шест месеци можеле да разговараат за важни прашања, имале 60% поголема веројатност да имаат повисока субјективна добросостојба (Henderson et al., 1981 според Ljubomirsky et al., 2005). Се покажало дека луѓето се најсреќни кога се со своите пријатели. Исто така, особите со висока субјективна добросостојба имаат поголема веројатност да имаат пријатели кои ги поттикнуваат и поддржуваат. Бројни истражувања упатуваат на тоа дека блиското пријателство може да помогне при ублажувањето на стресот и да ги спречи исходите од осаменоста, вознемиреноста, досадата и губењето на самопочитувањето. Покрај тоа, осаменоста е негативно поврзана со среќата, особено кај постарите лица и е позитивно поврзана со депресијата (Jordan – Marsh & Harden, 2005).

1.4.3.3. Задоволеност на психолошките потреби

Иако постојат голем број на психолошки потреби поновите истражувања воглавно се фокусираат на три универзални психолошки потреби: за компетентност, автономија и поврзаност. Бројни теоретичари се сложуваат со тоа дека задоволувањето на тие потреби е поврзано со добросостојбата (на пример, Rogers, 1961; Maslow, 1970, според Ljubomirsky et al., 2005) и бројни истражувања ја поддржуваат поврзаноста помеѓу тие конструкти. На пример, истражувањето во кое е користена методата на водење дневник покажува дека особите известуваат за ‘добри денови’ тогаш кога се чувствувале компететнтно и автономно. Истражувањата покажуваат таква поврзаност и во подолги временски периоди. Исто така, се покажало дека поединците кои се покомпетенти и пососредоточени на своите постапки и последици се понасочени кон стекнување на вештини поради кои најверојатно ќе ги постигнат личните цели и ќе

остварат високо ниво на лично животно задоволство и добросостојба (Mirjanic & Milas, 2009).

1.4.4. Добросостојбата кај старите лица

Добросостојбата на една личност се смета за ‘нешто добро’. Низ историјата се чести дискусиите за добросостојбата кои се однесуваат на методите за нејзино постигнување и за тоа дали се работи за соодветна цел на човечката активност. Познато е дека здравствениот статус и личноста се најважните предиктори на добросостојбата (Cheng & Chan, 2006)). Со оглед на поврзаноста помеѓу здравствениот статус и возраста, студиите покажуваат дека процесот на стареење е проследен со целокупна дискфункција, па затоа може да се каже дека двата концепта, добросостојбата и стареењето се поврзани.

Како што веќе спомнавме, добросостојбата е повеќеслоен феномен кој се состои од повеќе меѓусебно поврзани фактори. Таа отсекогаш се однесувала на среќата, но она што вреди повторно да се спомене е дека субјективната добросотојба не е исто што и среќата, иако термините честопати се користат наизменично. Всушност, се работи за поширока категорија на феномени која ги вклучува емоционалните одговори на луѓето и глобалните расудувања за животното задоволство (Diener et al., 2000). Психолошката добросостојба се смета за витална димензија на квалитетот на животот на старите лица. Таа е генерирана од две димензии и тоа отсуство на депресија и емоционална осаменост, како и од присуство на среќа, животно задоволство, чувство на сигурност и планови за иднината (Savikko, 2008). Кај старите лица со висок степен на добросотојба задоволството предоминира над болката од животните искуства (Brajkovic, 2010). Во литературата се наведени сознанија дека физичките активности на старите лица можат да се рефлектираат врз нивната добросостојба. Студиите покажале и дека не е само физичката активност таа која придонесува за добросостојбата, туку дека тоа се однесува и на активностите од социјална, продуктивна и интелектуална природа, кои исто така имаа значителен ефект (Brajkovic, 2010). Важноста на субјективната добросостојба кај старите лица ќе биде презентирана и во оваа магистерска теза преку анализата на феномените на социјална поддршка, осаменост и депресија во постарата животна доба.

1.5. СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА И РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА ЗА НЕЈЗИНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ОСАМЕНОСТА, ДЕПРЕСИЈАТА И ДОБРОСОСТОЈБАТА КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

1.5.1. Социјална поддршка

Социјалната поддршка се дефинира како значаен фактор на одржување на социјалните врски во рамки на социјалните мрежи, а исто така се дефинира и како постоење или достапност на особите на кои се потпираме, кои на даваат до знаење дека се грижат за нас, дека не сакаат и ценат. Содржи два меѓусебно независни елементи, а тоа се:

- Перцепција доволен број достапни особи на кои можеме да се потпреме во случај на потреба и
- Степен на задоволство кое го пружа достапната поддршка (Siu & Philips, 2002).

На социјалната поддршка може да се гледа како на мултидимензионален концепт кој вклучува инструментална, социоекономска и информациска помош. Инструменталната помош се однесува на активностите кои ги преземаат другите, а овозможуваат исполнување на вообичаените одговорности во рамките на улогата. Социоекономската помош подразбира искажување на љубов, грижа, симпатии и припадност кон групата. Информациската помош опфаќа комуникација на факти и мислења, како на пример, совети и информации кои можат да и ги олеснат животните услови на особата (Routasalo et al., 2006).

Едно од важните начела на социјалната поддршка е реципроцитетот. Се заснова на фактот дека социјалните интеракции се двонасочни и взаемни, Тие вклучуваат социјална размена преку примање и пружање на поддршка. Особите кои се во постара животна доба се впуштаат во доверливи и врамнотеѓени односи во кои и тие можат да ја возвратат поддршката. На тој начин ги чуваат границите на помагање, доживуваат независност, како и чувство на достоинство и самопочитување (Mirjanic & Milas, 2009). Во староста, чувството на достоинство, заради сеопштата немоќ или други проблеми, е важен дел, многу поважен отколку во било кој друг период од животот.

Истражувањата поврзани за социјалната поддршка, воглавно се насочени кон поврзаноста на социјалната поддршка со стресот, соочување со стресот, како и

влијанието на социјалната поддршка на телесното и менталното здравје (Morita et al., 2010).

1.5.1.1. Извори на социјална поддршка

При изборот на изворите на социјална поддршка помагачите во голема мера се рангираат од најинтимни кон помалку интимни, согласно хиерархиско-компензацискиот модел на барање поддршка. Во составот на поддршката постојат хиерархии на избор на групи на поддршка и поединечни помагачи, на начин што поголем број на луѓе преферираат најпрво да примат поддршка од интимно блиски особи (Lahe, 2016). За најголем дел на постарите особи на прво место е семејството како неформална или природна мрежа на поддршка. Кога најважниот семеен помагач е отсутен, изборот паѓа на следниот во хиерархиската структура (Golden et al., 2009).

Докажано е дека постарите луѓе најмногу очекуваат да примаат поддршка од брачниот партнер. После загубата на брачниот партнер, обично за поддршка се насочуваат на детето. Ако детето не постои или не е достапно, тогаш се зголемува значењето на останатите членови на потесното семејство и најблиските крвни сродници како што се внуци, браќа и сестри, итн (Fiori et al., 2008).

Ако интимните врски не постојат или изостануваат во потесното или поширокото семејството, членови на социјалните мрежи стануваат лица надвор од семејниот круг, како што се пријателите и соседите. На крајот, кругот на поддршка се завршува со формална стручна поддршка на разни здруженија, верски организации, социјални сервиси или институционален круг (Cheng et al., 2009).

Особите поминуваат подолг период од животот во социјално окружување кое условува правила и може да биде обележено со несакани промени на социјалниот статус и социјално исклучување. Социјалната изолација се смета за состојба во која особата има минимален контакт со другите, односно, низок степен на вклученост во животот на социјалната заедница. Се мери со бројот и зачестеноста на контакти (Fiori et al., 2008). Осаменоста е субјективно искуство, обично негативно и недобредојдено. Кај постарите особи се јавува почесто отколку во другите животни фази, а причината лежи во тоа што со зголемувањето на возраста се намалува бројот на особи со кои поединецот е во врска (Kahn et al., 2003).

Промените и улогата на семејството на постара возраст. На постара возраст, социјалните мрежи, социјалните интеракции и односи во семејството се

менуваат. Особите во постара животна доба заминуваат во пензија и се намалува зачестеноста и разновидноста на слободните активности. Многу научници се сложиле дека со старата возраст доаѓа до редукција на социјалните активности. Според некои автори, како што стареат особите, бројот на подрачја, во кои стануваат зависни се зголемува, а големината на нивните социјални мрежи се намалува (Kobentar, 2008). Кога се зборува за загуба на улоги, воглавно се истакнува вдовството како загуба на улогата на маж или жена и пензионирањето, како губење на улогата на вработена особа (Golden, 2009).

Новиот систем на вредности, освен семејната зависност ја истакнува и личната независност. Податоците од западните општества покажуваат дека семејството сеуште е најважниот и најсилниот извор на поддршка на постарите особи. Меѓугенерациските односи се менуваат со возраста, а солидарноста и понатаму останува клучна карактеристика на односот помеѓу старите родители и децата (Jordan – Marsh & harden, 2005).

После осамостојувањето, заминувањето на децата и заминувањето во пензија многу сопружници повеќе време поминуваат заедно, повеќе се потпираат еден на друг. Еден од можните проблеми поврзани за постарата возраст е тешка болест на еден од партнерите ако за него исклучиво се грижи другиот партнер. Ако брачните односи биле складни, тогаш во вакви тешки ситуации тие уште повеќе се зацврстуваат или пак спротивно, ако односите биле нарушени, новонастанатата ситуација уште повеќе ги влошува (Nicholson, 2008).

Се менуваат и односите со децата бидејќи порано родителите им пружале поголема помош на децата, а на постара возраст се зголемува помошта на децата пружена на родителите. Децата на родителите им пружаат емоционална поддршка, а во случаите на потешка онеспособеност и физичка помош. На постарите особи внуците им се важен извор на социјална поддршка, при што од нив не очекуваат практична помош, туку исклучиво љубов (Routasalo et al., 2006). Улогата на баба и дедо додава нова и позитивна димензија на нивните животи. Односот со браќата и сестрите е еден од ретките односи кој трае поголем дел од животот. Браќата и сестрите на постара возраст често служат за дружење и споделување на спомени, но и за директна помош. Кај старите особи кои не се во брак и немаат деца, обично се важни други млади особи, како што се внуците од браќата/сестрите (Sui & Philips, 2002).

Смртта на сопружникот претставува голем стрес и бара големи напори за прилагодување на новите околности на животот. Вдовството се поврзува со осаменоста, за која од голема важност е социјалната поддршка (Golden et al., 2009).

Улогата на пријателите, соседите и заедницата на постара возраст. Пријателите и соседите се важен извор на социјална поддршка бидејќи често се поблиски дури и од семејството во пружањето на помош на старите особи и во зачестеноста на средбите. Особите во постара животна доба се соочуваат со загуба на пријатели, но стекнуваат и нови познанства кои се извор на задоволства. Пријателствата на старите луѓе им служат како извор на поддршка, топлина и повремена помош во секојдневниот живот (Lahe, 2016).

1.5.2. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и осаменоста кај старите лица

Како што беше наведено во поглавјето од овој труд кое е посветено на осаменоста, осаменоста може да се дефинира на различни начини, но сите дефиниции ја споделуваат истата концептуализација дека се работи за непријатно субјективно доживување кое предизвикува анксиозност, а кое е резултат на неадекватни социјални односи. Се јавува кога мрежата на социјални односи на поединецот е дефицитарна во одредени важни аспекти, било квалитативно или квантитативно (Durakovic, 2007). Квантитативните аспекти од мрежата го вклучуваат бројот на луѓе како и составот на мрежата (семејство, пријатели). Квалитативните фактори се поврзани со нивото на задоволство од бројот и составот на мрежата и од она што таа го нуди (Berk, 2008). Осаменоста може да биде перзистентен, доживотен феномен, или пак може да трае пократки периоди и да биде поврзана со различни ситуациони фактори кои го спречуваат одржувањето на социјалните односи (Keel – Card et al., 2007).

Осаменоста е голем проблем поврзан со квалитетот на живот и добросостојбата на старите лица. Постарите лица често се изложени на ризик од осаменост поради нарушување на социјалните мрежи со текот на времето. На пример, децата можат да се преселат во друг град или земја, а внуците да станат независни. Пензионирањето исто така ги редуцира социјалните односи поврзани со работата кај оваа возрасна група. Одредена болест или онеспособеност може да ги спречи старите лица од учествување во вообичаените активности со другите, или пак можат да значат губење на независноста.

На крај, пријателите и сопружниците можат да се разболат или да починат. Редукцијата на социјални контакти која се јавува со тек на годините може да потекнува и од загуба на улога во општеството, како и од намалена способност за ангажирање во реципрочни врски поради зголемена слабост поврзана со процесот на стареење. Сите овие фактори го зголемуваат ризикот од осаменост кај популацијата на стари лица (Alpass & Neville, 2003).Сите овие ситуации можат да резултираат со осаменост кај старите лица. Истражувачите идентификувале недостаток на доверливи и блиски односи, отсуство на пријатели, загуба на сопружник и ограничени мрежи за социјална поддршка, како најголеми ризик фактори кои ја зголемуваат осаменоста во оваа возрасна група (Tikkainen & Heikkinen, 2004). Старите лица со поголем пристап до социјална поддршка известуваат за понизок степен на осаменост (Kahn et al., 2003). Тикаинен и Хаикинен (Tikkainen & Heikkinen, 2004) откриле дека социјалната интеграција е поврзана со осаменоста и ова тврдење понатаму било поддржано од Цациопо и сор., (Cacioppo et al., 2006) кои откриле инверзна поврзаност помеѓу социјакната поддршка и осаменоста, поради тоа што старите лица имаат недоволно можности за вклучување во социјални интеракции. И во студијата на Кохен-Мансфилд и Парпура-Гил (Cohen – Mansfield & Parpura – Gill, 2007) социјалната поддршка била негативно корелирана со осаменоста.

Мулинс и Машел (Mullins & Mushel, 1992) заклучиле дека осаменоста е поврзана со не само со присуството на сопружник или врската со сопружникот, туку многу повеќе со чувството на близина и сигурност. Контактите со врсниците и пријателите се подеднакво важни за старите луѓе како и присуството на блиска особа на која и веруваат (Gupta & Korte, 1994).

И во други истражувања е докажано е дека степенот на социјална поддршка е обратнопропорционална со степенот на осаменост, но дека исто така е важен и квалитетот на социјалната поддршка. Рутсало и сор., (Routsalo et al., 2006) спровеле студија во Финска во која опфатиле стари лица и заклучиле дека чувството на осаменост кај оваа популација било превалентно и поврзано со квалитетот на социјална поддршка.

Квантитативната и квалитативната адекватност на социјалните мрежи се важни за задоволувањето на различни социјални потреби, но тие можат да бидат и извор на стрес. Премногу честите или премногу ретките контакти, недоволните или прекумерните контакти, како и едностраната поддршка водат кон појава на чувство на осаменост (Ramos & Wilmoth, 2003).

Депресивните симптоми се е еден од најголемите ефекти и на недостаток на социјални односи и на осаменоста, а наредното поглавје ќе се однесува токму на недостатокот на социјална поддршка и нејзиното влијание врз појавата на депресивна симптоматологија кај старите лица.

1.5.3. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и депресијата кај старите лица

Депресијата е важен јавноздравствен проблем кај постарите лица ширум светот. Всушност, и СЗО предвиде дека депресијата ќе биде втората најголема причина за онеспособеност во сите земји до 2020 година, веднаш после срцевите заболувања. Депресијата е сериозна медицинска состојба која влијае врз мислите, чувствата и способноста за нормално функционирање во секојдневниот живот (Huang et al., 2016).

Поврзаноста помеѓу социјалната поддршка и депресијата не е нов феномен. Барера (Barrera, 1986, според Kobentar, 2008) развивајќи ги своите модели на социјална поддршка, укажал на над 37 извори кои конкретно ја испитувале поврзаноста помеѓу социјалната поддршка и психијатриските нарушувања – над 27 од нив се однесувале на поврзаноста со депресијата. За жал овие студии имале сиромашно дефинирани мерки и метрика на социјалната подршшка: литературата во тоа време била критикувана од современиците најпрво заради тоа што има скали за социјална поддршка составени од концепти на стрес и дистрес, и второ била критукувана поради самите концепти и дефиниции. Понатаму, скоро сите студии за депресија и други психијатриски нарушувања спроведени од Барера а со цел поддршка на неговиот модел, користеле мерки на депресија засновани на симптоми – проблем што е дел и во голем дел на современата литература (Kobentar, 2008).

Недостатокот на социјална поддршка и осаменоста е едни од најважните фактори кои придонесуваат за појава на депресијата на постара возраст. Во една студија на мажи спроведена во Холандија, во која бил применуван лонгитудинален и трансверзален дизајн и во која испитаниците имале просечна возраст помеѓу 70,6 и 80,6 години, откриено е зголемување на појавата на депресивна симптоматологија паралелно со зголемување на возраста (Tijhuis et al., 1999). Авторите откриле дека тоа се должи на ситуационите фактори, како што се проблеми со подвижноста, недостаток на социјална поддршка или лошо физичко здравје. Принс и соработниците (Prince et al., 1997b) во

своето истражување на социјалната поддршка, осаменоста и животните настани кои се поврзани со депресијата кај луѓе постари од 65 години откриле дека и осаменоста и недостатокот на социјална поддршка се силно поврзани со первазивната депресија.

Уште во една од постарите студии за корелатите на социјалната поддршка, Браун и Харис (Brown & Harris, 1978) докажале дека социјалната поддршка нуди заштита од развој или влошување на депресијата. И други студии, особено оние на лица над 65 години, покажале статистички значајна поврзаност помеѓу намалувањето на социјалната поддршка и развојот на депресијата (Ramos & Wilmoth, 2003). Меккурен и сор., (McCurren et al,, 1993) откриле дека недостатокот на инструментална поддршка е поврзан со депресија кај постарите лица, што посебно се однесува на лицата со високи нивоа на функционална онеспособеност и поголем хендикеп. И Оксман и сор., (Oxman et al., 1992) укажуваат на значајна поврзаност помеѓу депресијата и материјалната (инструменталната) поддршка. Тие исто така откриле дека адекватната емоционална поддршка и густата социјална мрежа се јасно поврзани со редукцијата на депресивната симптоматологија, иако сознанијата биле ограничени на контакти со децата отколку на пријателите или другите роднини. Хај и сор., (Hay et al., 2001) истражувале дали социјалната поддршка штити од функционално пропаѓање кај депресивни стари лица и дошле до сознанија дека инструменталната социјална поддршка штити од влошување на перформансата на инструменталните активности на секојдневното живеење, кои примарно се еден ефективен индикатор на тежината на депресијата. Други социјални фактори кои биле поврзани со зголеме ризик на депресија вклучувале загуба на сопружник, ниска фреквенција на социјални контакти и преселување во дом за стари лица (Routasalo et al., 2006).

Најголем дел од актуелните истражувања укажуваат на појава на депресија кај старите лица како резултат на губењето на воспоставените социјални мрежи што пак се должи на животните промени како што се пензионирање или вдовство, придружени со ограничување на подвижноста, што со голема веројатност води до тоа старите лица да станат социјално изолирани, без доверливи пријатели или челнови на смејството (Conwell, 2001). Овие фактори го зголемувале ризикот за депресија и суицид кај постарата популација (Turvey et al., 2002).

И додека еден мал дел од студиите се однесуваат на поврзаноста помеѓу социјалната поддршка и депресијата кај старите лица, повеќето од нив се трансверзални.

Трансверзалните студии конзистентно укажуваат на тоа дека социјалната поддршка е поврзана со депресијата кај старите лица (McDougall et al., 2007). Најголем дел пак од лонгитудиналните информации за поврзаноста помеѓу социјалната поддршка и депресијата потекнуваат од студиите кои ги користат податоците од Амстердамската лонгитудинална студија за стареење (Longitudinal Study Amsterdam Data – LASA). Бишоп и сор., (Bisschopp et al., 2004) нашле докази за 'моделот на главен ефект' дека психолошките ресурси, како што е да се имањето партнер, помалку осаменост, повеќе самопочитување, самоефикасност и владеење со себе, резултираат со помалку депресивни симптоми. Она што е интересно е дека овие автори откриле дека зголемената емоционална и инструментална социјална поддршка е поврзана со зголемување и на депресивната симптоматологија, независно од хроничната болест. Големината на социјалната мрежа се покажала како незначителна (Bisschopp et al., 2004). Бишоп и соработниците го истражувале овој неочекуван наод за зголемување на депресивните симптоми со зголемување на емоционалната и инструменталната поддршка и откриле дека овие резултати се посредувани од трета варијабла, а тоа била осаменоста, која колинеарно била присутна. Понатаму, Бишоп и сор., укажале на тоа дека директните ефекти на емоционалната и инструменталната поддршка врз депресивните симптоми можат да се должат и на негативната перцепција на зголемената социјална поддршка (на пример, во присуство на болест). Овој интригантен наод, кој го поддржуваат и поранешните истражувања (Barrera, 1986), укажува на тоа дека врската социјална поддршка – депресија може да биде двонасочна.

За жал многу од овие наоди се дискутабилни поради сиромашните мерки на социјалната поддршка и примената на мерките за депресија засновани на симптоми.

Голем број Европски студии откриле силна поврзаност помеѓу депресијата и недостатокот на социјална поддршка (McDougall et al., 2007). Некои студии го користеле присуството на семејството и пријателите како прокси – мерка за емоционална и инструментална социјална поддршка (Bisschopp et al., 2004), со тоа што отсуството на живеење близу до пријателите и семејството се јавувало како ризик фактор за развој на голема депресивна епизода и суицид во старата возрасна доба (Turvey et al., 2002).

1.5.4. Релевантни истражувања за поврзаноста на социјалната поддршка и добросостојбата кај старите лица

Социјалните односи и активности се идентификувани како клучни елементи кои придонесуваат за здравјето и добросостојбата во текот на целиот живот (Cohen, 2004; Lincoln, 2014). Луѓето со богати и задоволителни социјални врски почесто известуваат дека се среќни и задоволни од нивните животи (Diener & Seligman, 2002). Во контекст на социјалните врски, еден од важните предиктори на субјективната добросостојба е социјалната поддршка. Социјалната поддршка, дефинирана како, да се има некој на кој може да се смета во моменти на невољa, заедно со очекувањето на здрав живот се сметаат за два најважни фактори кои придонесуваат за високите нивоа на субјективна добросостојба кај луѓето (Lincoln, 2014).

Квалитетот на социјална поддршка и поширокитe социјални односи се всушност предикторите на субјективната добросостојба (Cohen, 2004; Lincoln, 2014; Siedlecki, Salthouse, Oishi, & Jeswani, 2014). Сиедлечки (Siedlecki, 2014) смета дека постојат два веројатни начини на кои задоволителните врски се од корист; едниот начин е дека поединците кои имаат задоволителни социјални односи можат да добијат поддршка кога им е потребна, додека оние кои немаат такви социјални односи истата ја немаат и дека очекувањето дека особата може да се потпре на некој кога има потреба е утешително и на тој начин придонесува за чувството на добросостојба. Кохен и Вилс (Cohen & Wills, 1985, според Cohen, 2004) сугерираат два теоретски модела за влијанието на социјалната поддршка врз субјективната добросостојба:

- Генерален позитивен ефект (модел на главен ефект) и
- Процес на поддршка со кој лицето се заштитува од потенцијално штетни ефекти на стресни настани (buffering модел).

Секој модел укажува на различни процеси преку кои социјалната поддршка може да влијае врз субјективната добросостојба зависно од мерките на социјалната поддршка.

Поради сложеноста на конструктите на социјалната поддршка и субјективната добросостојба, наодите за нивната поврзаност варираат, делумно поради варијациите во концептуализациите и операционализациите на овие конструкти од страна на истражувачите, како и поради различните аспекти на социјалната поддршка можат да имаат варијабилни односи со различни асоекти на субјективната добросостојба. На пример, различните одлики на социјалните односи и социјалната поддршка (поголеми

социјални мрежи, позитивни семејни односи, контакти со пријатели, добиена и перцепирана поддршка, дадена и добиена поддршка) се поврзани со помало ниво на депресија, поголемо животно задоволство и среќа и генерална добросостојба (Thomas, 2010).

Важноста на социјалната поддрша врз добросостојбата на поединецот зависи и од изворот на социјалната поддршка и од возраста на поединецот. Различни возрасни групи немаат исти потреби и желби за социјална поддршка од нивните социјални мрежи (Segrin, 2003). На постара возраст социјалните интеракции се намалуваат. Социо-емоционалната теорија на селективност на Карстенсен (Carstensen, 1991, според Lincoln, 2014) објаснува дека волевиот процес на селекција кој започнува рано во животот кулминира на постара возраст, со тоа што луѓето селективно ги редуцираат нивните социјални мрежи и го фокусираат нивното време и енергија на интимните, емоционално поддржувачки социјални контакти (семејството и пријателите). Разликите во социјалните интеракции во различни фази од животот укажуваат на тоа дека може да има разлики и во тоа како различните видови на социјална поддршка се поврзани со добросостојбата низ животниот век. За постарите луѓе интеракциите и социјалната поддршка од членовите на семејството стануваат најважни за нивната добросотојба, особено поддршката од сопружникот/партнерот или од возрасните деца (Pinquart & Sorensen, 2000). Во други истражувања пак, е откриено дека социјалната поддршка од пријателите е поважна од онаа на семејството за пособрување на добросостојбата на старите лица (Li et al., 2014). Но, без оглед на тоа кој е изворот на социјална поддршка, механизмот преку кој таа придонесува за подобрување на субјективната добросостојба е зголемување на позитивните емоции и намалување на чувството на фрустрација со што се остварува значителна позитивна врска со животното задоволство и среќата (Diener & Seligman, 2002).

Ова значи дека влијанието на недостатокот на социјална поддршка врз добросостојбата на старите лица е феномен кој не може да се игнорира, поради тоа што истиот е поврзан со сериозни здравствени последици кои ја детерминираат добросотојбата на поединецот (Cohen, 2004). Старите лица со мали социјални мрежи се под повисок ризик од морталитет од секакви причини. Николсон (Nicholson, 2008) тврди дека старите лица кои се социјално изолирани се ризична група за огромен број на негативни здравствени последици, како што се лоша исхрана, рехоспитализација,

когнитивен пад и злоупотреба на алкохол. Затоа и може да се каже дека социјалната поддршка има незанемарливо влијание врз добросотојбата на старите лица.

2. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ

2.1. Проблем на истражувањето

Основен проблем со кој се занимава истражувањето е: Дали постојат разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата и дали социјалната поддршка има влијание врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица?

2.2. Задачи и цели на истражувањето

Задачи на истражувањето се:

- Да се утврдат разликите помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата;
- Да се утврди поврзаноста, односно, влијанието на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

Целта на истражувањето е да се дојде до сознанија за социјалните односи – семејни или пријателски кои ги имаат старите лица и да се одреди како тие влијаат врз добросостојбата кај оваа категорија на лица во ризик, особено во областа на осаменоста и депресијата. Всушност, главна цел на истражувањето, која произлегува од истражувачкиот проблем, е да се дојде до сознанија за постоењето на евентуални разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка, во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата. Исто така, цел на истражувањето е да се дојде до сознанија за поврзаноста и влијанието на социјална поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица. Спроведеното истражување ќе овозможи збогатување на досегашните теоретски сознанија и емпириски докази и ќе стимулира идни истражувања поврзани со оваа тема во социјалната заштита на лицата во ризик и во геронотологијата. Добиените сознанија ќе имаат и практична корист и ќе можат да се искористат во насока на подигнување на свеста од потребата за поголема социјална поддршка на старите лица, со што би се превенирал падот на нивното психичкото и менталното здравје, како и појавата на симптоми на осаменост и депресија, кои се резултат на бројни фактори карактеристични за третата и четвртата доба од животниот век на човекот. Факт е дека бројот на стари лица се повеќе се зголемува како резултат на продолжениот животен век кој се должи на напредокот на медицината, со што пак се зголемува и бројот на луѓе кај кои прашањата поврзани со квалитетот на

животот стануваат се поизразени. Одговорите на голем дел од тие прашања се наоѓаат во социјалната заштита, бидејќи постојат неоспорни докази кои укажуваат на значењето на социјалните врски за здравјето, при што и социјалните мрежи и социјалната поддршка имаат големо влијание врз редуцирањето на морталитетот и морбидитетот на секоја возраст.

2.3. Истражувачки хипотези

Општа хипотеза: Постојат разлики помеѓу старите лица со со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата и социјалната поддршка влијае врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

Посебна хипотеза 1: Постојат разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата.

Поединечна хипотеза 1.1: Старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку осамени во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.

Поединечна хипотеза 1.2: Старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку депресивни во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.

Поединечна хипотеза 1.3: Старите лица со повисок степен на социјална поддршка имаат поголема добросостојба во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.

Посебна хипотеза 2: Социјалната поддршка има влијание врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

Поединечна хипотеза 2.1: Социјалната поддршка влијае врз намалување на осаменоста кај старите лица.

Поединечна хипотеза 2.2: Социјалната поддршка влијае врз намалување на депресијата кај старите лица.

Поединечна хипотеза 2.3: Социјалната поддршка влијае врз зголемување на добросостојбата кај старите лица.

2.4. Истражувачки варијабли

1. Социјална поддршка

Под социјална поддршка во рамки на истражувањето се подразбира индивидуалното верување на поединецот дека е чуван, сакан и ценет и дека и припаѓа на одредена супортивна мрежа, претставена од семејството или од групата пријатели.

2. Осаменост

Под осаменост во истражувањето се подразбира непријатен емоционален одговор на доживеана изолација од семејството или пријателите, односно, исход од неадекватни социјални врски.

3. Депресија

Под депресија во истражувањето се подразбира психичка состојба на поединецот која вклучува лошо расположение и тага, губење на интерес и задоволство за активности во кои поединецот претходно уживал, чувства на беспомошност, безнадежност и вина, како и потешкотии со мислењето, концентрацијата и донесувањето одлуки.

4. Добросостојба

Добросостојбата во рамки на ова истражување се однесува на физичкото, психичкото и генералното здравје на поединецот.

2.5. Релевантни варијабли за истражувањето

1. Пол

Во рамки на истражувањето двата пола се застапени во подеднаков број во секоја од истражуваните групи, преку примена на постапката на балансирање.

2. Возраст

Во истражувањето се вклучени стари лица на возраст од 70 години и повеќе.

3. Психичка состојба

Во истражувањето се вклучени стари лица за кои со сигурност се знае дека немаат дијагноза за психијатриска болест која може да го оневозможи точното тестирање на депресијата.

4. Когнитивен статус

Во истражувањето се вклучени стари лица кои не даваат податок за когнитивен пад карактеристичен за лица со деменција.

2.6. Примерок

Од вкупно испитани 124 испитаници за во истражувачкиот примерок се селектирани 80 и врз основа на податоците добиени на Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка се поделени во две групи на следниот начин: група на испитаници кои имаат повисок степен на социјална поддршка (20 мажи и 20 жени, вкупно 40) и група на испитаници кои имаат понизок степен на социјална поддршка (20 мажи и 20 жени, вкупно 40).Испитаниците се од двата пола со нивна поедначква бројчана застапеност во групите, на возраст од 70 години и повеќе, кои немаат дијагноза за психијатриска болест која би го попречила точното тестирање на депресијата и кои немаат знаци за деменција.

2.7. Мерни инструменти

Од мерни инструменти во истражувањето се применети Прашалник за социо – демографски карактеристики, Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка (Zimmet et al., 1988), UCLA скала за осаменост (Russel et al., 1980), Самоизвестувачка скала за депресија на Зунг (Zung, 1965) и Скала за перцепирана добросостојба (Raker & Wong, 1984). Инструментите се преведени, модифицирани и адаптирани на наша популација.

Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка (Zimmet et al., 1988) се состои од 12 ајтеми, во врска со кои испитаниците го изразуваат степенот на своето согласување на петтостепена скала од Ликертов тип и тоа: 1 - воопшто не се согласувам, 2 – не се согласувам, 3 – не знам/немам мислење, 4 – се согласувам, 5 – целосно се согласувам. Вкупниот скор се добива како збир од бодовите на поединечните ајтеми и се движи во опсегот од 12 – 60. Повисокиот скор укажува на повисок степен на социјална поддршка перцепирана од страна на испитаникот.

UCLA скалата за осаменост (Russel et al., 1980) е составена од 18 ајтеми кои бараат од испитаниците на четиристепена скала (1 – никогаш, 2 – ретко, 3 – понекогаш,

4 – често; кај инверзните ајтеми бодирањето е обратно 1 – често, 2 – понекогаш, 3 – ретко, 4 – никогаш) да опишат колку често се чувствувале на опишаниот начин со ајтемот. Вкупниот скор се добива како збор од бодовите на поединечните ајтеми и се движи во опсегот од 18 до 72. Повисокиот скор индицира повисок степен на осаменост.

Самоизвестувачката скала за депресија на Зунг (Zung, 1965) се состои од 13 ајтеми кои се однесуваат на начинот на кој испитаниците се чувствувале последната седмица и во врска со фреквенцијата на тие чувства одговараат на четиристепена скала (1 – никогаш, 2 – ретко, 3 – понекогаш, 4 – често; кај инверзните ајтеми бодирањето е обратно 1 – често, 2 – понекогаш, 3 – ретко, 4 – никогаш). Вкупниот скор и на оваа скала се добива со собирање на бодовите од поединечните ајтеми и се движи во опсегот од 13 до 52. Повисокиот скор е индикатор на повисок степен на депресивност кај испитаникот.

Скалата за перцепирана добросостојба (Raker & Wong, 1984) е составена од 14 ајтеми поврзани со субјективната добросостојба на испитаниците во врска со кои тие го изразуваат степенот на согласување на петтостепена скала, кадешто 1 - воопшто не се согласувам, 2 – не се согласувам, 3 – не знам/немам мислење, 4 – се согласувам, 5 – целосно се согласувам, а кај инверзните ајтеми бодирањето е обратно и тоа: 1 – целосно се огласувам, 2 – се согласувам, 3 – не знам/немам мислење, 4 – не се согласувам и 5 – воопшто не се согласувам. Вкупниот скор е збир од скоровите на поединечните ајтеми и се движи во опсегот од 14 до 70. Повисокиот скор укажува на повисок степен на добросостојба кај испитаникот.

2.8. Постапка на истражување

Истражувањето е спроведено во тек на месец јануари 2021 година. Притоа, најпрво на испитаниците им беше зададен Прашалникот за општи податоци заради контрола на релеватните варијабли на истражувањето и формирање на примерокот на истражување. Потоа на оние лица кои беа селектирани за примерокот на истражување им беа зададени Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка, UCLA скалата за осаменост, Само известувачка скала за депресија и Скалата за перцепирана добросостојба. Постапката на администрирање на инструментите се одвиваше во согласност со правилата и стандардите кои се однесуваат информирана согласност, анонимност, прочитано упатство итн. За целите на ова истражување инструментите беа администрирани поединечно на секој испитаник.

2.9. Статистичка анализа на податоците

Собраните податоци се анализирани со примена на софтверскиот пакет SPSS v.20. Притоа, ќе применети се методи и техники од дескриптивна и инференцијална статистика. Така од дескриптивна статистика пресметувани се:

- проценти,
- аритметички средини,
- стандардни отстапувања.

Од инференцијална статистика за пресметување на статистичка значајност на разликата помеѓу аритметичките средини на испитуваните групи користен е t-тест за големи и независни групи, а за испитување на влијанието на независната варијабла врз зависните варијабли применета е линерна регресија.

3. ИСТРАЖУВАЧКИ РЕЗУЛТАТИ

Во согласност со поставеноста на истражувачкиот проблем и истражувачките хипотези, резултатите од истражувањето се прикажани во два дела.

Во првиот дел се прикажани резултатите кои произлегуваат од споредбите помеѓу старите лица со повисоко и пониско ниво на социјална поддршка, а се однесуваат на разликите помеѓу нив во врска со осаменоста, депресијата и добросостојбата.

Во вториот дел се прикажани резултатите кои се однесуваат на влијанието на нивото на социјална поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

3.1. Споредби помеѓу стари лица со различно ниво на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата

Во овој дел се прикажани резултатите кои се однесуваат на споредбите, односно, разликите помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата. За испитување на разликите помеѓу двете групи испитаници е користен t-тест за испитување на статистичка значајност на разлики во аритметички средини за големи и независни групи. Овие резултати се насочени кон проверување на вистинитоста на посебна хипотеза 1.

Најпрво, за потребите на истражувањето социјалната поддршка, како континуирана варијабла, е поделена на 2 категории (понизок и повисок степен на социјална поддршка) врз основа на вредноста на медијаната која изнесува 37,5, така што за понизок степен на социјална поддршка се смета скорот кој се наоѓа под медијаната, а за повисок степен на социјална поддршка се смета скорот кој се наоѓа над медијаната. Во Табела 2 е прикажана дескриптивната статистика за двете категории на социјална поддршка.

Табела 2. Дескриптивна статистика за категориите на социјална поддршка

Дескриптивна статистика

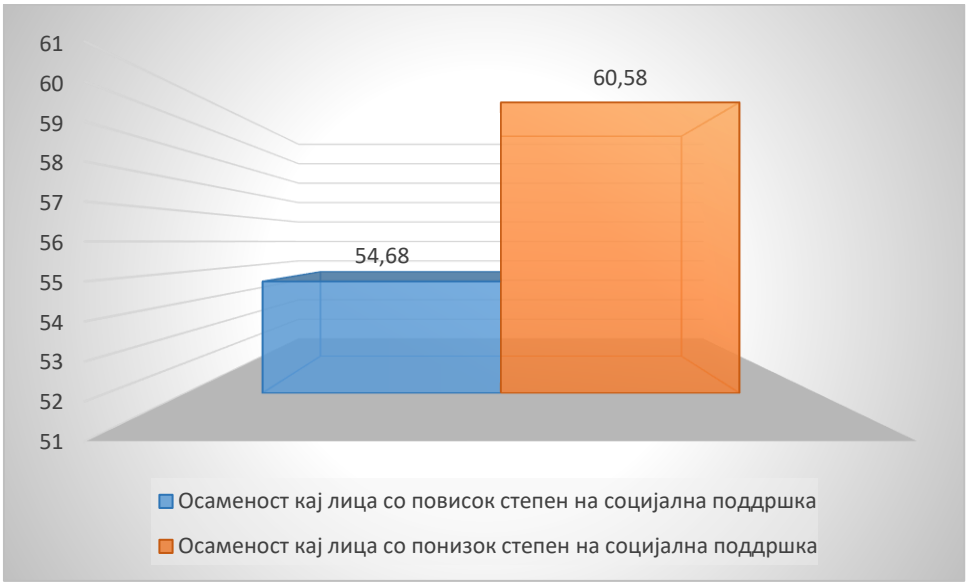
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Повисок степен на социјална поддршка	40	39	58	47,88	5,273
Понизок степен на социјална поддршка	40	22	36	30,47	3,665
Valid N (listwise)	40				

Во Табела 3 и на Слика 1 најпрво се прикажани дескриптивните статистички резултати за осаменоста кај испитаниците со различен степен на социјална поддршка.

Табела 3. Дескриптивни статистички резултати за осаменоста кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Групна статистика

	Социјална поддршка	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Осаменост	Повисок степен на социјална поддршка	40	54,68	3,654	,578
	Понизок степен на социјална поддршка	40	60,58	3,637	,575



Слика 1. Осаменост кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Од табелата и од сликата се забележува дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат пониска аритметичка средина за осаменоста (M = 54,68) во споредба со старите лица кои известуваат за понизок степен на социјална поддршка (M = 60,58). Статистичката значјаност на вака добиената разлика во

аритметичките средини е испитана со помош на t-тест за големи и независни групи, чиј резултат е прикажан во Табела 4 и е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 1.1.

Табела 4. Разлика во осаменоста помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Тест за независни примероци

		t-test for Equality of Means						
							95% Confidence Interval of the Difference	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Осаменост	Equal variances assumed	-7,238)	78	,000	-5,900)	,815	-7,523)	-4,277)
	Equal variances not assumed	-7,238)	77,998	,000	-5,900)	,815	-7,523)	-4,277)

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат статистички значајно пониско ниво на осаменост (M = 54,68; SD = 3,654) во споредба со старите лица кои имаат понизок степен на социјална поддршка (M = 60,58; SD = 3,637) (t (78) = 5,900; p < .01). Ваквиот резултат **ја потврдува посебната хипотеза 1.1,** според, *старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку осамени во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.*

Во Табела 5 и на Слика 2 се прикажани дескриптивните статистички резултати за депресијата кај стари лица со различен степен на социјална поддршка.

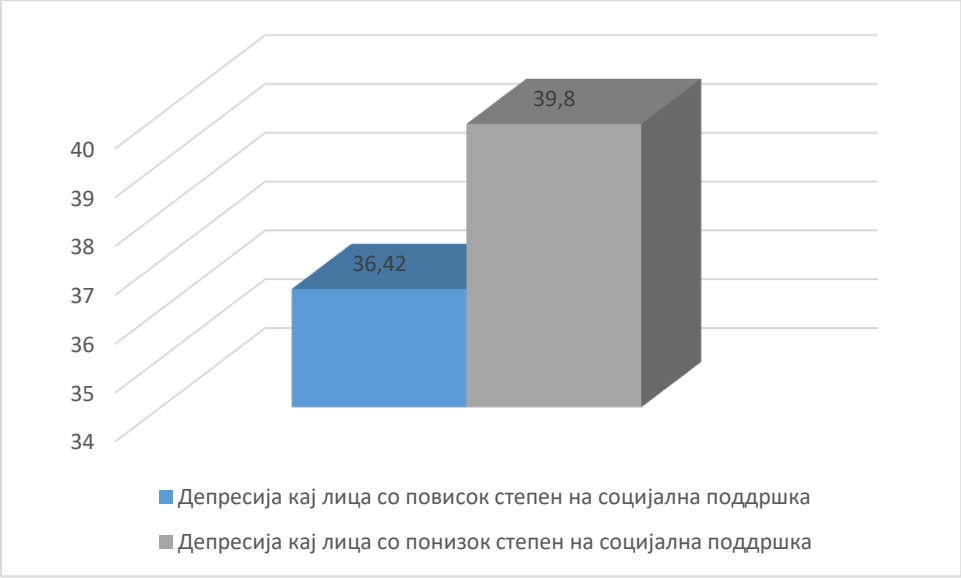
Дескриптивните резултати во табелата и на сликата покажуваат дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат пониска аритметичка средина за депресијата (M = 36,42) во споредба со старите лица кои известуваат за понизок степен на социјална поддршка (M = 39,80). Статистичката значјаност оваа разлика во аритметичките средини е проверена со t-тест за големи и независни групи.

Резултатот од t-тестот е прикажан во Табела 6 и е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 1.2.

Табела 5. Дескриптивни статистички резултати за депресијата кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Групна статистика

	Социјална поддршка	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Депресија	Повисок степен на социјална поддршка	40	36,42	3,993	,631
	Понизок степен на социјална поддршка	40	39,80	4,659	,737



Слика 2. Депресија кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека старите лица кои перцепираат повисок степен на социјална поддршка имаат статистички значајно ппониско ниво на депресија (M = 36,42; SD = 3,993) во споредба со старите лица кои известуваат за понизок степен на социјална поддршка (M = 39,80; SD = 4,659) (t (78) = 3,375; p < .01). Ваквиот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединесчна хипотеза 1.2,** според

која, *старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку осамени во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.*

Табела 6. Разлика во депресијата помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Тест за независни примероци

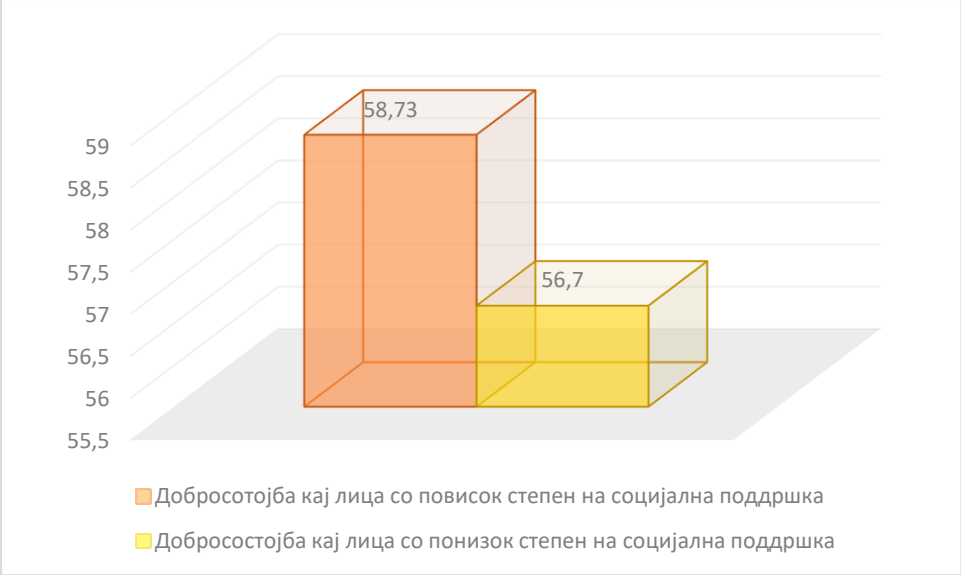
		t-test for Equality of Means						
							95% Confidence Interval of the Difference	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Депресија	Equal variances assumed	-3,479)	78	,001	-3,375)	,970	-5,306)	-1,444)
	Equal variances not assumed	-3,479)	76,216	,001	-3,375)	,970	-5,307)	-1,443)

На крајот од овој дел, во Табела 7 и на Слика 3 се прикажани дескриптивните статистички резултати за субјективната добросостојба кај старите лица со различен степен на социјална поддршка.

Табела 7. Дескриптивни статистички резултати за добросостојбата кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Групна статистика

	Социјална поддршка	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Добросостојба	Повисок степен на социјална поддршка	40	58,73	3,961	,626
	Понизок степен на социјална поддршка	40	56,70	3,797	,600



Слика 3. Добросостојба кај стари лица со различен степен на социјална поддршка

Од дескриптивната статистика може да се забележи дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат и повисока аритметичка средина која се однесува на нивната добросостојба (M = 58,73), споредено со старите лица кои имаат понизок степен на социјална поддршка (M = 56,70). Дали ваквата разлика во аритметичките средини е статистички значјана е испитано со помош на t-тест за големи и независни групи, а неговиот резултат е прикажан во Табела 8 и е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 1.3.

Табела 8. Разлика во добросостојбата помеѓу стари лица со различен степен на социјална поддршка

Тест за независни примероци

			t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
			t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Добросостојба	Equal variances assumed	,026	2,334	78	,022	2,025	,868	,298	3,752
	Equal variances not assumed		2,334	77,861	,022	2,025	,868	,298	3,752

Резултатот од t-тестот покажува дека старите лица со повисок степен на социјална поддршка (M = 58,73; SD = 3,961) имаат статистички значајно повисоко ниво на добросостојба во споредба со стаите лица со понизок степен на социјална поддршка (M = 56,70; SD = 3,797) (t(78) = 2,334; p < .05) и истиот **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 1.3**, според која, *старите лица со повисок степен на социјална поддршка имаат поголема добросостојба во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.*

Со оглед на тоа дека ја потврдивме вистинитоста на сите три поединечни хипотези, можеме да кажеме дека **посебна хипотеза 1,** *според која, постојат разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата,* **се прифаќа како целосно вистинита.**

3.2. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица

Во овој дел се прикажани истражувачките резултати кои се однесуваат на влијанието на степенот на социјална поддршка врз осаменоста, депресијата и субјективната добросостојба кај старите лица. Во претходниот дел се покажа дека постојат разлики помеѓу старите лица кои со различен степен на социјална поддршка во однос на трите зависни варијабли, а дали таквите разлики се должат на влијанието на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата испитавме со помош на линеарна регресија. Добиените резултати од линеарната регресија се насочени кон проверување на вистинитоста на посебна хипотеза 2.

Во Табела 9, 10 и 11 се прикажани резултатите од влијанието на степенот на социјална поддршка врз осаменоста кај старите лица. Добиениот резултат е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 2.1.

Табела 9. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,634[a]	,402	,394	3,645

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

R-square или R – квадратот во Табела 9 ја покажува пропорцијата на варијација кај зависната варијабла (осаменоста кај старите лица) и како што се забележува истиот изнесува ,402. Ова значи дека 40,2% од варијацијата на зависната варијабла се објаснува само со една независна варијбла, односно, со разликата во степенот на поддршка перцепиран од старите лица.

Табела 10. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	696,200	1	696,200	52,389	,000[a]
	Residual	1036,550	78	13,289		
	Total	1732,750	79			

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

b. Dependent Variable: Осаменост

Резултатот во Табела 10 покажува дали пропорцијата на варијација на зависната варијабла, која беше објаснета во претходната табела, е статистички значајна, а исто така покажува и дали вкупниот ефект на социјалната поддршка, како независна варијабла, врз осаменоста, како зависна варијабла, е статистички значаен. Со оглед на тоа дека p =

.000, што е под нивото на значајност од .01, може да се каже дека степенот на социјална поддршка има влијание врз осаменоста кај старите лица.

Табела 11. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	66,475	1,289		51,577	,000
	Социјална поддршка	-5,900)	,815	-,634)	-7,238)	,000

a. Dependent Variable: Осаменост

Социјалната поддршка во ова истражување е дихотомна варијабла (0 = понизок степен на социјална поддршка и 1 = повисок степен на социјална поддршка). Бета коефициентот на корелација, со оглед на тоа дека е негативен, покажува дека повисоките вредности на социјалната поддршка, како независна варијабла, кореспондираат со пониските вредности на зависната варијбла, односно осаменоста кај старите лица. Ова значи дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат пониско ниво на осаменост, во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка кои имаат повисоки нивоа на осаменост. Вака добиениот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 2.1**., според која, *социјалната поддршка влијае врз намалување на осаменоста кај старите лица.*

Во продолжение, во Табела 12, 13 и 14 е прикажан резултатот од линеарната регресија кој се однесува на влијанието на степенот на социјална поддршка врз депресијата кај старите лица. Истиот е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 2.2.

Табела 12. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,367[a]	,134	,123	4,339

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

R – квадратот во Табела 12, за кој рековме дека ја покажува пропорцијата на варијација кај зависната варијабла, во овој случај депресијата кај старите лица, изнесува ,134. Тоа значи дека 13,4% од варијацијата на депресијата се објаснува со помош на независната варијабла или поинаку кажано со разликата во степенот на поддршка кај старите лица.

Табела 13. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	227,812	1	227,812	12,103	,001[a]
	Residual	1468,175	78	18,823		
	Total	1695,987	79			

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

b. Dependent Variable: Депресија

Според резултатот во Табела 13 може да се каже дека пропорцијата на варијација на зависната варијабла – депресија кај старите лица е статистички значајна, а исто така статистички значаен е и севкупниот ефект на социјалната поддршка, како независна варијабла, врз депресијата. Она што може да се забележи од оваа табела е и дека p =

.001, што е под нивото на значајност од .01, па поради тоа можеме да кажеме дека степенот на социјална поддршка има влијание врз депресијата кај старите лица.

Табела 14. Влијание на социјалната поддршка врз осаменоста кај старите лица

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	43,175	1,534		28,147	,000
	Социјална поддршка	-3,375)	,970	-,367)	-3,479)	,001

a. Dependent Variable: Депресија

Бета коефициентот на корелација на степенот на социјална поддршка и депресија кај старите лица и во овој случај е негативен и значи дека повисоките вредности на социјалната поддршка како независна варијабла, кореспондираат со пониските вредности на зависната варијбла – депресијата кај старите лица. Оттука произлегува дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат пониско ниво на депресија, за разлика од старите лица со понизок степен на социјална поддршка кои имаат повисоки нивоа на депресија. Ваквиот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 2.2**., според која, *социјалната поддршка влијае врз намалување на депресијата кај старите лица.*

И на крај, во Табела 15, 16 и 17 се е прикажан резултатот од линеарната регресија кој е поврзан со влијанието на степенот на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица. Овој резултат е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 2.3.

Пропорцијата на варијација на зависната варијабла, односно, добросостојбата кај старите лица, изразена преку R – квадратот изнесува ,065, што значи дека 6,5% од варијацијата на добросостојбата можеме да ја објасниме со помош на независната варијабла, односно преку разликата во степенот на поддршка кај старите лица.

Табела 15. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,255[a]	,065	,053	3,880

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

Резултатот во Табела 16 покажува дека пропорцијата на варијација на зависната варијабла, во овој случај, дбросостојбата кај страите лица е статистички значајна, исто како што е статистички и целосниот ефект на независната варијабла – социјалната поддршка врз добросостојбата. Од табелата можеме да забележиме дека p = .022, што е под нивото на значајност од .05, што значи дека степенот на социјална поддршка има влијание врз добросостојбата кај старите лица.

Табела 16. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	82,013	1	82,013	5,447	,022[a]
	Residual	1174,375	78	15,056		
	Total	1256,387	79			

a. Predictors: (Constant), Социјална поддршка

b. Dependent Variable: Добросостојба

Табела 17. Влијание на социјалната поддршка врз добросостојбата кај старите лица

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	54,675	1,372		39,855	,000
	Социјална поддршка	2,025	,868	,255	2,334	,022

a. Dependent Variable: Добросостојба

Како што може да се забалежи од Табела 17 бета коефициентот на корелација овде е позитивен, што значи дека повисоките вредности на социјалната поддршка како независна варијабла, кореспондираат со повисоките вредности на добросостојбата кај старите лица, како зависна варијабла. Ова значи дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка имаат и повисоко ниво на добросостојба во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка кои имаат и пониски нивоа на добросостојба. Добиениот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 2.3**., според која, *социјалната поддршка влијае врз зголемување на добросостојбата кај старите лица.*

Бидејќи е потврдена вистинитоста на трите поединечни хипотези на посебната хипотеза 2, произлегува дека **посебната хипотеза 2,** според која, *социјалната поддршка има влијание врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица*, **се прифаќа како целосно вистинита.**

Имајќи го предвид фактот дека двете посебни истражувачки хипотези, 1 и 2, се прифатени како целосно вистинити, можеме да кажеме и дека **општата хипотеза на истражувањето,** со која се претпоставуваше дека, *постојат разлики помеѓу старите лица со со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата и социјалната поддршка влијае врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица*, **се прифаќа како целосно вистинита.**

4. ДИСКУСИЈА НА ИСТРАЖУВАЧКИТЕ РЕЗУЛТАТИ

Истражувачките резултати за разликите помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата, како и истражувачките резултати за влијанието на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица, ја потврдија како целосно вистинита општата хипотеза на истражувањето, со која се претпоставуваше дека постојат разлики помеѓу старите лица со со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата и социјалната поддршка влијае врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

Ова произлегува од фактот што резултатите од статистичката анализа како целосно вистинита ја потврдија посебната хипотеза 1, која се однесува на разликите помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата, а исто така како целосно вистинита ја потврдија и вистинитоста на посебната хипотеза 2, која се однесува на влијанието на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата на старите лица.

Имено, резултатите од истражувањето покажаа дека старите лица со различен степен на социјална поддршка меѓусебе се разликуваат и по нивоата на осаменост, депресија и субјективна добросостојба. Всушност, резултатите покажаа дека старите лица кои имаат повисок степен на социјална поддршка покажуваат пониски нивоа на осаменост и депресија и повисоко ниво на добросостојба, во споредба со старите лица кои известуваат за понизок степен на социјална поддршка.

Понатаму, резултатите кои се однесуваат на влијанието на социјалната поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица, откриваат дека степенот на социјална поддршка има влијание врз нивото на осаменост, депресија и добросостојба, односно, истиот влијае врз намалување на нивото на осаменост и депресија кај старите лица и врз зголемување на нивната субјективна добросостојба.

Дека социјалната поддршка е важен фактор за намалување на нивото на осаменост кое го манифестираат старите лица укажува самата дефиниција за осаменост, според која осаменоста е непријатно субјективно доживување кое е резултат на неадекватни социјални односи, во смисла на квалитативна или квантитативна дефицитарност на нивните важни аспекти (Durakovic, 2007; Berk, 2008). Нискиот степен на социјална поддршка кај старите лица може да биде резултат на напуштање на домот

од страна на децата или нивна преселба во друг град или земја заради барање егзистеницијa, што е чест случај во денешно време. Потоа, нискиот степен на социјална поддршка на постара возраст може да биде резултат и на смрт на сопружникот, на пријателите, на блиските роднини. Пензионирањето, исто така ги редуцира социјалните односи кои до тогаш лицето ги имало со колегите, а пак појавата на одредени хронични болести и онеспособености карактеристични за оваа возрасна група дополнително го отежнува проблемот спречувајќи ги старите лица од учество во различни социјални активности. Како причина за осаменост може да се јави и загуба на одредена општествена улога, што ја носи староста или пак неможност за вклучување во реципрочни односи со другите (Alpass & Neville, 2003; Tikkainen & Heikkinen, 2004). Различните истражувања кои ја испитувале поврзаноста на социјалната поддршка и осаменоста кај старите лица укажуваат на обратнопропорционален однос помеѓу нив. Така, Кохен-Мансфилд и Парпура-Гил (Cohen – Mansfield & Parpura – Gill, 2007) во своето истражување докажале дека социјалната поддршка е во негативна корелација со осаменоста. Кан и сор., (Kahn et al., 2003), Тикаинен и Хаикинен (Tikkainen & Heikkinen, 2004), а после нив и Цациопо и сор., (Cacioppo et al., 2006) ја потврдиле инверзната поврзаност на социјалната поддршка со осаменоста, наведувајќи го недостатокот на можности за вклучување во социјални интеракции како ризик фактор за појава на осаменост кај старата популација. Она што исто така треба да се спомне овде е дека постојат и такви истражувања кои не го испитувале само квантитетот на социјалните односи, туку и нивниот квалитет, па така Мулинс и Мишел (Mullins & Mushel, 1992) уште одамна заклучиле дека за намалување на осаменоста не е важно само присуството на сопружник или блиска врска со него, туку многу поважно е чувството на сигурност како квалитативен аспект на тој однос. И Рутсало и сор., (Routsalo et al., 2006) во својата студија спроведена на стари лица во Финска заклучиле дека дека чувството на осаменост кај нив било во голема мера поврзано со квалитетот на социјална поддршка. Ова, според Рамос и Вилмот (Ramos & Wilmoth, 2003) значи дека социјалната поддршка која ја добиваат старите лица, како од семејството, така и од пријателите, треба да биде квантитативно и квалитативно адекватна, бидејќи во случај на неадекватност, односно, во случај на премногу ретки или премногу чести контакти, недоволни или прекумерни контакти, како и во случај на едностранa поддршка, и покрај нејзиното присуство сепак ќе дојде до појава на чувство на осаменост.

Истражувањата кои укажуваат на поврзаноста на социјалната поддршка со депресијата кај старите лица потекнуваат одамна. Уште во 1986 година Барера (Barrera, 1986, според Kobentar, 2008) при развивањето на своите модели на социјална поддршка укажал на 27 од вкупно откриени 37 извори кои се однесувале на поврзаноста на социјалната поддршка и депресијата. И студијата на Браун и Харис (Brown & Harris, 1978), како една од постарите студии на оваа тематика, покажала дека социјалната поддршка е протективен фактор за развојот или влошувањето на депресијата кај старите лица, а пак, Меккурен и сор., (McCurren et al., 1993) ваквата поврзаност ја припишуваат на инструменталната поддршка на старите лица, што особено се однесува на оние лица со голем хендикеп или одреден степен на функционална онеспособеност. Хај и сор., (hay et al., 2001) ито така ја истакнуваат важноста на инструменталната социјална поддршка тврдејќи дека таа штити од влошување на перформансата на инструменталните активности на секојдневното живеење, кои се важен индикатор на тежината на депресијата.

Дека недостатокот на социјална поддршка е причина за појава на депресија на постара возраст потврдуваат и истражувањата спроведени во периодот кој следува. Принс и сор., Принс и соработниците (Prince et al., 1997b) и Рамос и Вилмот (Ramos & Wilmoth, 2003) во своето поново истражување спроведено кај лица постари од 65 години откриваат статистички значајна поврзаност на недостатокот на социјална поддршка и первазивна депресија. Тијхуис и сор., (Tijhuis et al., 1999) во студијата спроведена на стари лица во Холандија освен што откриле дека депресивната симптоматологија е се почеста со зголемувањето на возраста, откриле и дека тоа се должи на одредени ситуациони фактори, меѓу кои се наоѓа и социјалната поддршка. Оксман и сор., (Oxman et al., 1992) испитувајќи ги контактите на старите лица со нивните деца, ваквата поврзаност најпрво ја објаснувале преку поврзаност на инструменталната поддршка и депресијата кај старите лица, но потоа откриваат дека и емоционалната поддршка е силно поврзана со намалувањето на депресивната симптоматологија кај старите лица.

Исто како и кај осаменоста, поновите истражувања укажуваат на појава на депресија кај старите лица како резултат на губење на социјалните односи и социјалната поддршка поради пензионирање, вдовство, ограничена подвижност, преселување во дом за стари лица, што не само што го зголемува ризикот од депресија, туку го зголемува и ризикот од суицид кај постарата популација (Conwell, 2001; Turvey et al., 2002; Routasalo et al., 2006). Сите овие студии, вклучувајќи ја и студијата на МекДугал и сор., (McDougall

et al., 2007) за поврзаноста на социјалната поддршка и депресијата, се транверзални и го користеле присуството на семејството и пријателите како прокси – мерка за емоционална и инструментална социјална поддршка (Bisschopp et al., 2004). Најважна лонгитудинална студија која ги поддржува наодите и на трансверзалните истражувања и на истражувањето кое е дел од овој труд е Амстердамската лонгитудинална студија за стареење (Longitudinal Study Amsterdam Data – LASA).

На крајот од овој дел ќе ги наведеме истражувањата кои ги објаснуваат и поддржуваат добиените сознанија во рамки на ова истражување, а кои се однесуваат на улогата на социјалната поддршка врз зголемувањето на добросостојбата на старите лица. Социјалната поддршка во сите нив се смета за најважен фактор кој придонесува за високи нивоа на субјективна добросостојба, односно, за добро здравје, среќен и квалитетен живот кај старите лица (Diener & Seligman, 2002; Cohen, 2004; Lincoln, 2014). Кохен и Вилс уште во 1985 година (Cohen & Wills, 1985, според Cohen, 2004) предложиле два модела преку кои социјалната поддршка влијае врз субјективната добросостојба, а тоа се: генерален позитивен ефект (модел на главен ефект) процес на поддршка со кој лицето се заштитува од потенцијално штетни ефекти на стресни настани (buffering модел). Томас (Thomas, 2010) испитувајќи ги варијабилните односи помеѓу различните аспекти на социјалната поддршка и различните аспекти на субјективна добросостојба, укажал на тоа дека различните одлики на социјалната поддршка, како што се поголеми социјални мрежи, позитивни семејни односи, контакти со пријатели, добиена и перцепирана поддршка, дадена и добиена поддршка се поврзани со помало ниво на депресија, поголемо животно задоволство и среќа и генерална добросостојба. Поврзаноста помеѓу социјалната поддршка и добросостојбата Сиедлечки (Сиедлечки, 2014) ја објаснува преку постоењето на задоволителни врски во животот на поединецот, при што истите обезбедуваат корист за истиот на два начина и тоа: поединците кои имаат задоволителни социјални односи можат да добијат поддршка кога им е потребна, и очекувањето дека особата може да се потпре на некој кога има потреба е утешително и на тој начин придонесува за чувството на добросостојба.

Со оглед на тоа дека различни возрасни групи немаат исти потреби и желби за социјална поддршка, какво ќе биде нејзиното влијание врз добросостојбата на поединецот ќе зависи и од возраста на поединецот и од изворот на социјална поддршка. Така, според социо-емоционалната теорија на селективност на Карстенсен (Carstensen, 1991, според Lincoln, 2014) на постара возраст преку волевиот процес на селекција

постарите лица селективно ги редуцираат социјалните мрежи од кои добиваат поддршка и се фокусираат само на емоционално поддржувачките социјални контакти, составени од членовите на семејството и пријателите. Притоа, според Пинкарт и Соренсен (Pinquart & Sorensen, 2000) најважна за добросостојбата на поединецот станува социјалната поддршка од семејството, а според Ли и сор., (Li et al., 2014) социјалната поддршка од пријателите е поважна од онаа на семејството кога станува збор за добросостојбата кај старите лица. Механизмот преку кој социјалната поддршка придонесува за подобрување на добросостојбата кај старите лица, без оглед на тоа од кој извор потекнува, е зголемување на позитивните емоции и намалување на чувството на фрустрација, што ги зголемува и задоволството од животот и среќата (Diener & Seligman, 2002). Врз основа на досега кажаното, можеме да кажеме дека социјалната поддршка значително влијае врз добросостојбата кај старите лица намалувајќи ја појавата на сериозни здравствени последици кои ја детерминираат истата, а кои се поврзани со повисок морталитет кај старите лица (Nicholson, 2008).

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Основен проблем на истражувањето беше: Дали постојат разлики помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата и дали социјалната поддршка има влијание врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица?

Целта на истражувањето беше да се утврдат разликите помеѓу старите лица со различен степен на социјална поддршка, во однос на осаменоста, депресијата и добросостојбата, како и да се дојде до сознанија за поврзаноста и влијанието на социјална поддршка врз осаменоста, депресијата и добросостојбата кај старите лица.

Примерокот на истражување беше составен од 80 испитаници, поделени во две групи кои се разликуваат по степенот на социјална поддршка. Испитаниците беа од двата пола, на возраст од 70 години и повеќе, без дијагноза за психијатриска болест која би го попречила точното тестирање на депресијата и без знаци за деменција.

Во рамки на истражувањето беа користени следните **мерни инструменти**: Мултидимензионалната скала за перцепирана социјална поддршка (Zimmet et al., 1988), UCLA скала за осаменост (Russel et al., 1980), Самоизвестувачка скала за депресија на Зунг (Zung, 1965) и Скала за перцепирана добросостојба (Raker & Wong, 1984).

Резултатите од истражувањето целосно ги потврдија двете посебни хипотези, 1 и 2, а со тоа ја потврдија и општата хипотеза на истражувањето.

Врз основа на истражувачките резултати изведени се **следниве заклучоци:**

- ***Во врска со посебна хипотеза 1:***
  - Старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку осамени во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.
  - Старите лица со повисок степен на социјална поддршка се помалку депресивни во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.
  - Старите лица со повисок степен на социјална поддршка имаат поголема добросостојба во споредба со старите лица со понизок степен на социјална поддршка.
- ***Во врска со посебна хипотеза 2:***

- Социјалната поддршка влијае врз намалување на осаменоста кај старите лица.
- Социјалната поддршка влијае врз намалување на депресијата кај старите лица.
- Социјалната поддршка влијае врз зголемување на добросостојбата кај старите лица.

Добиените резултати од спроведеното истражување се во согласност со истражувачките резултати од оваа тематска област достапни во стручната литература ().

Истражувањето беше спроведено поради тоа што стареењето, како глобален феномен, се повеќе ги засегнува и развиените земји и земјите во развој и заради докажување на важноста на социјалната поддршка како протективен фактор за одржување на добро здравје и квалитет на живот на постара возраст. Кај старите луѓе 'социјалниот' капитал се намалува како резултат на редуцираните контакти со поранешните колеги, смртта на пријателите и членовите на семејството и преселувањето на децата. Ваквото губење на социјалните контакти има директно влијание врз менталната и физичката добросостојба кај старите лица. Затоа, развивањето на различни позитивни извори на социјална поддршка го редуцира стресот кај старите лица, влијае врз намалување на осаменоста и депресијата кај нив, ја зголемува субјективната добросостојба и го редуцира ризикот од некои физички здравствени проблеми. Оттука, и потребата од подигнување на свеста и потребата од преземање интервенции во смисла на креирање на превентивни програми кои ќе го променат нивото на социјална поддршка и ќе го подобрат менталниот и целокупниот здравствен статус кај постарата популација, преку редуцирање на осаменоста и последователната депресија и преку зголемување на добросостојбата, што како краен резултат ќе има поголем квалитет на животот кај старите лица.

Покрај бенефитите кои произлегуваат од ова истражување, постојат од одредени *ограничувања* и недостатоци кои можеби имале влијание врз добиените истражувачки резултати. Некои од ограничувањата произлегуваат од големината на примерокот, додека пак другите ограничувања, кои произлегуваат од примерокот, се поврзани со самите испитаници, така што можеме да кажеме дека кај испитаниците кои известуваат за пониско ниво на социјална поддршка, всушност можно е да се работи за недостаток на мотивација за учество во истражувањето. Исто така постојат ограничувања кои

произлегуваат од бројот на мерни инструменти применети во истражувањето и бројот на ајтеми во нив, за кои се претпоставува дека предизвикале замор кај некои од испитаниците, што довело до случаен избор на одговорите, а со тоа и до алтерирање на добиените резултати од истражувањето. На крај, како ограничување можеме да го наведеме и краткото време на процесот на собирање на податоци и ограничените ресурси, што ја прави пваа студија транверзална, наместо лонгитудинална, што го оневозможува утврдувањето на причинско-последични врски помеѓу варијаблите.

Идните истражувања од оваа област би можеле да се спроведат на поголем број испитаници бидејќи на тој начин ќе се зголеми можноста за генерализација на добиените сознанија. Покрај перцепираниот неформален аспект на социјалната поддршка, во идните истражувања внимание може да се посвети и на други квалитети на социјалните односи, како што се комуникациските обрасци и конфликтите, што може дополнително да открие на кон начин квалитетот на социјалната врска во рамки на специфичните структури на социјална поддршка, влијае врз испитуваните варијабли кои беа дел од ова истражување. На крај, освен осаменоста, депресијата и добросотојбата, идните истражувања би можеле да опфатат и други зависни како и медијаторски варијабли, врз кои влијание може да има социјалната поддршка кај постарата популација, односно, варијабли кои го посредуваат влијанието на истата.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Aboderin, I. (2004). Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. Ageing and Society. Cambridge University Press. 29-50.
2. Achenbaum, A. (2009). A Metahistorical Perspective on Theories of Aging. Handbook of Theories of Aging. New York: Spronger Publishing Company. 25-38.
3. Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independently living retirement communities: Risk and resilience factors. Journal of Aging and Mental Health, 8, 475-485.
4. Afanas, I. (2010). Signaling and Damaging Functions of Free Radicals in Aging – Free Radical Theory, Hormesis, and TOR. 75-88.
5. Ajdukovic, M., Rucevic, S & Majdenic, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. Izvorni znanstveni rad. Revija za socijalnu politiku. 20 (2): 149-165.
6. Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness and depression in older males. Journal of Aging and Mental Health, 7, 212-216.
7. Bara, M. & Podgorelec, S. (2015). Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. Etnološka tribina 38 (45): 58-71.
8. Barg, F. K., Huss- Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed methods approach to understand depression in older adult. Journal of Gerontology, 6, 329-339.
9. Barnes, M., Patricia, M., Powell-Griner, E., McFann, K., & Richard, L. (2004) Complementary and alternative medicine. National Institue of Health.
10. Bell, R., Smith, S., Arcury, T., Snively, B., Stafford, J.,& Quandt, S. (2005). Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, Native Americans, and Whites with diabetes. Diabetes Care, 28, 823-829.
11. Berk, L. (2008) Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap. 5-647
12. Bisschopp, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. Social Science & Medicine , 59: 721-733.
13. Brajkovic, L. (2010). Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Disertacija. 1-102.
14. Brdar, I. (2006). Životni ciljevi i dobrobit: Je li za sreću važno što želimo? Društvena istraživanja, 4-5 (84-85), 671-691.

15. Cacioppo, T. J., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific factor of depressive symptoms: Cross sectional and longitudinal study. Journal of Psychology and Aging, 21, 141-151.
16. Cacioppo, J.T., et al., (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, aging, and social relations study. Psychology and Aging, 25(2), pp.453-463.
17. Cankurtara, M., Halil , M., Yavuz, B., Gagli, N., Cankurtan S., & Ariogul, S. (2004) Depression and concomitant diseases in a Turkish geriatric outpatient setting. Archives of Gerontology and Geriatrics, 40, 307- 315.
18. Carpenter, B. (2002). Family, peer, and staff social support in nursing home patients: Contributions to psychological well-being. The Journal of Applied Gerontology, 21, 275-293.
19. Cattan, M., White, M., Bond, J. and Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion activities. Aging society, 25(1), pp.41-67.
20. Cheng, S. & Chan C. M. (2006). Social support and self rated health revisited: Is there a difference in later life. Social Sciences & Medicine, 63, 118-122.
21. Cheng, S. T., Lee, C. K. L., Chan, A.C.M., Leung, E.M.F., & Lee, J. J. (2009). Social network types and subjective well-being in Chinese older adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 64B, 713–722.
22. Cohen, S. (2004). Social relationships and health. American Psychologist,59(8), 676–684. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676
23. Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons a theoretical model and empirical findings. Journal of International Psychogeriatrics,19, 279-294.
24. Conwell, Y. (2001). Suicide in later life; a review and recommendations for prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior, 31: 32-47.
25. Clark, M.D., Loxton, N.J.& Tobin, S.J. (2015). Multiple mediators of reward and punishment sensitivity on loneliness. Pers. Indiv. Differ. 72, 101–106.
26. Davidovic, M., Sevo, G., Svorcan, P., Milosevic, D.P., Despotovic, N. & Erceg, P. (2010). Old age as a privilege of the “selfish ones”.
27. Deangelo, L. (2011). Loneliness: A Normal Human Emotion That Causes a Variety of Reactions. Webster's Digital Services.

28. Diener, Ed, Napa Scollon, Christie K., Oishi, Shigehiro, Dzokoto, Vivian & Suh, Eunkook M. (2000). Positivity and the Construction of Life Satisfaction Judgments, Journal of Happiness Studies, god. 1, br. 2, str. 159−176
29. Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. Psychological Science, 13(1), 80–83. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415
30. Durakovic, Z. (2007). Gerijatrija. Medicina starije dobi. Zagreb.
31. Fessman, N., & Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. International Journal of Aging and Human Development, 51, 137-141
32. Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 6, 322 – 330.
33. Fiori, K.L., Antonucci ,T. C., & Akiyama , H. (2008). Profiles of social relations among older adults: A cross-cultural approach. Ageing &Society, 28, 203– 231.
34. Frisher, M., Mendonca, M., Shelton, N., Pikhart, H., de Oliveira, C &Holdsworth,C. (2015). Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health. 15: 703.
35. Fujita, F. i Diener, E. (2005). Life satisaction set point: stability and change. Journal of Personality and Social Psychology, 88(1), 158-64.
36. Galic, S. & Nada Tomasovic Mrcela. (2013). Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek. 1-131.
37. Giles, C. L., Glonek, F. V. G., Luszcz, A. M., & Andrews, R. G. (2005). Effects of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. Journal of Epidemiology Health, 59, 574-579.
38. Golden, et al. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. International journal of geriatric psychiatry, 24(7), pp.694-700.
39. Golden J., Conroy R.M., Lawlor B. A. (2009). Social support network structure in older people: underlying dimensions and association with psychological and physical health. Psychology Health & Medicine, 14, 280-290.
40. Gunilla, B., Jakobsson, U., Edberg, A. & Hallberg, I. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. Health Soc. Care Community 14: 136-146.

41. Gupta,V., Korte, C. (1994). The effects of a confidant and a peer group on the well-being of single elders. International Journal of Aging and Human Development, 39, 293–302
42. Hay, J. C., Steffens, D. C., Flint, E. P., Bosworth, H. B., & George, L. K. (2001). Does social support buffer functional decline in the elderly patients with uni-polar depression. American Journal of Psychiatry, 158, 1850-1855.
43. Haynie, D., Zarit, S. H., Berg, B., & Gatz, M. (2000). Depressive symptoms in the oldest old. Journal of Gerontology: Psychological Science, 56B, P111-P118.
44. Hekimi, S. (2006). How genetic analysis tests theories of animal aging. Nat. Genet. 38: 985–991.
45. Heikkinen, R., Kauppinen, S. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow- up. The Journal of Gerontology, 38,239-250
46. Holmen, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among the elderly people-a follow-up study. The Gerontologist, 35, 261-274.
47. Howat, P., Iredell, H., Grenade, L., Nedwtzky, A. and Collins, J. (2004). Reducing social isolation among older people implication for health professionals. Geriaction, 22(1), pp.13-21.
48. Huang, H., Liu, Y. & Liu, X. (2016). Does Loneliness Necessarily Lead to a Decrease in Prosocial Behaviour? The Roles of Gender and Situation. Front Psychol. 7: 1388
49. Humboldt, S. (2016). Conceptual and Methodological Issues on the Adjustment to Aging. Perspectives on Aging Well, 1-236.
50. Jiang, H., Schiffer, E., Song, Z., Wang, J., Zurbig, P., Thedieck, K., (2008). Proteins induced by telomere dysfunction and DNA damage represent biomarkers of human aging and disease, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 12, 105 (32): 11299-11304
51. Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. Aging Dis. 1 (2): 72-74.
52. Jordan-Marsh, M., & Harden, T. H. (2005). Fictive Kin: Friends as family supporting older adults as they age. Journal of Gerontological Nursing, 31,24-31.
53. Jakobsson, U. and Hallberg, I.R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. Ageing Clinical and Experimental Research, 17(6), pp.494-501.
54. Jylha, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. Canadian journal on aging, 23(2), pp.157-168

55. Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D.W. (2003). Social support, health and wellbeing among the elderly, what is the role of negative affectivity, personality and Individual differences. Journal of Gerontology, 35, 5-17.
56. Katula, J. (2000). Social relations, physical activity, and well-being in older adults. Preventive medicine, 31(5), pp.608-617.
57. Keele-Card, G., Foxall, J., & Barron, C. B. (2007). Loneliness, Depression, and Social Support of Patients with COPD and Their Spouses. Public Health Nursing. Volume,10, 245 – 251.
58. Kirkwood, T. & Melov, S. (2011). On the programmed/non-programmed nature of ageing within the life history. Curr. Biol. (18): R701–707.
59. Kobentar, R. (2008). Socijalni odnosi v starosti. Socijalna pedagogika, 12 (2): 145-160.
60. Kralj, M. (2013). Starostnik in osamljenost. Specialisticno delo. Univerza v Mriboru. Fakulteta za zdravstvene vede. 1-50.
61. Lacković-Grgin, K. (2014). Novo u psihologijskim razvojnim teorijama: modificiranje ranijih, te formuliranje i provjera novih teorija i koncepata. Pregledni članak. Suvremena psihologija 17 (2): 199-228.
62. Lahe, D. (2016). Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru. 1-128.
63. Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. PLoS ONE,9(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051
64. Lincoln, K. D. (2014). Social relationships and health among minority older adults. In K. E. Whitfield, & T. A. Baker (Eds.), Handbook of minority aging (pp. 25–46). New York: Springer.
65. Litwin, H (2001). Social network type and morale in old age. The Gerontologist, 41, 516-524.
66. Ljubomirsky, S., Tkach, C. i Dimatteo, R. (2005). What are the differences between happiness and self-esteem? Social Indicators Research, 78, 363–404.
67. Lovreković, M. & Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. Izvorni znanstveni članak. Soc. ekol. Zagreb, 19 (1): 55-79.
68. Lund, R., Modvig, J., Due, P., & Holstein, B.E. (2002). Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. European Journal of Epidemiology 16, 1087-1097.

69. Luo, Y., Hawkle, L., Waite, L.& Cacioppo, J.T. (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. 74 (6): 907-914.
70. Marcinko, D. (2011). Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb.
71. Mather, M.& Carstensen, L.L. (2003). Aging and Attentional Biases for Emotional Faces. 409-415.
72. Matz-Costa, C., Besen, E., James, J.B. & Catsouphes-Pitt, M. (2012). Differential Impact of Multiple Levels of Productive Activity Engagement on Psychological Well-Being in Middle and Later Life. Gerontologist, 54 (2): 277-289.
73. McCurren, C. D., Hall, L. A., & Rowles, G. D. (1993) Community elders: Prevalence and correlates of depressive symptoms. Clinical Nursing Research, 2, 128–147.
74. McDougall, F. A., Kvaal, K., Matthews, F. E., Paykel, E., Jones, P. B., Dewey, M. E., et al. (2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. Psychological Medicine , 37: 1787-1795.
75. Meng, J, Lv, Z., Xinhua, Q., Li, X., Li, Y., Yuying, Z. & Chen, C. (2017). The decay of Redox-stress Response Capacity is a substantive characteristic of aging: Revising the redox theory of aging. 365-374.
76. Mesec, B. (2000). Teorija Roberta Atchleya o kontinuiteti v starosti. Fakulteta za socialno delo. Slovenija. 355-364.
77. Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Hasebe, M., Nonaka, K., Koike, T. (2015). Effects of the Change in Working Status on the Health of Older People in Japan. PLoS One. 10 (12): e0144069.
78. Mirjanic, L. & Milas, G. (2009). Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom. Društvena istraživanja, 20(3) 711-727.
79. Morita, A., Takano, T., Nakamura, K., Kizuki,M., & Seino, K. (2010). Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. Social Sciences,70, 543-9.
80. Mullins, L.C., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends and spouses: The effects of loneliness among Older Persons. Research on Aging, 14, 448-470.
81. Nicholson, J. (2008). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. Journal of advanced nursing, 65(6), pp.1342-1352.

82. Nilsson, B., Lindström, U.A. and Naden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. Scandinavian journal of caring science, 20(1), pp.93-101.
83. Oxman, T. E, Berkman, L. F., Kas, I. S. , Freeman, D. H., Barrett, J. (1992) Social support and depressive symptoms in the elderly. American Journal of Epidemiology, 135, 356-368
84. Pecjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada Prosvjeta. 1-248.
85. Perackovic, K. & Pokos, N. (2014). U starom drustvu: neki sociodemografski aspekti starenja u Hrvatskoj. Pregledni rad. 89-110.
86. Pikhartova, J., Bowling, A & Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? Aging Ment. Health 20 (5): 543-549.
87. Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life. A meta-analysis. Psychology and Aging 15,187.
88. Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., & Mann, A. H. (1997b). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. Psychological Medicine, 27, 323–332.
89. Ramos, M., & J. Wilmoth. (2003). Social Relationships and Depressive Symptoms Among Older Adults in Southern Brazil. Journal of Gerontology, Social Sciences 58, 253-261.
90. Ramovs, J. (2003). Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontoagogika. Ljubljana. Inštitut Antuna Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2: 584.
91. Reker, G.T. & Wong, P.T.P. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: The perceived well-being scale (PWB). Canadian Journal of aging, Vol. 3 (1) pp. 23-32
92. Rijavec, M., Miljković, D. I Brdar, I. (2008). Pozitivna psihologija. IEP, Zagreb
93. Rodriguez- Laso, A., Zunzunegui, V. M., & Otero, A. (2007). The effects of social relationships on survival in elderly residents of a southern European community: A cohort study. BMC Geriatrics, 7, 19-26.
94. Routasalo, P.E. and Pitkälä, K.H. (2003). Loneliness among older people. Reviews in clinical gerontology, 13(4), pp.303-311.

95. Routasalo, E. R., Savikko, N., Tilvis, S.R., Strandberg, E.T., & Pitkala, H.K. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people- a population based study. Gerontology, 52, 181-187.
96. Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Kautiainen, H. and Pitkala, K.H. (2008). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and wellbeing of lonely, older people: randomized controlled trial. Journal of advanced nursing, 65(2), pp.297-305.
97. Rozemuller, A. J., Van Gool, W. & Eikelenboom, P. (2005). The neuroinflammatory response in plaques and amyloid angiopathy in Alzheimer's disease: therapeutic implications. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord, 4: 223–233.
98. Russell, D.W., Peplau, L. A., Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. Journal of Personality and Social Psychology; 39:472–80.
99. Sable, J.A., Dunn, L. B., & Zisook, S. (2002). Late-life depression: How to identify its symptoms and effective treatment.Geriatrics, 57,18-35.
100. Savikko, N., (2008). Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Ph. D. University of Turku.
101. Segrin, C. (2003). Age moderates the relationship between social support and psychosocial problems. Human Communication Research, 29(3), 317–342. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2003.tb00842.x
102. Sergiev, P. V., Dontsova, O.A., Berezkin, G.V. (2015). Theories of Aging: An Ever-Evolving Field. 9-18.
103. Shalev, I. & Bargh, J. (2015). On the association between loneliness and physical warmth-Seeking through bathing: reply to Donnellan et al. (2014) and three further replications of Bargh and Shalev (2012) Study 1, Emotion 15, 120-123.
104. Shor, E., D. J.&Yogev, R.T. (2013). The strength of family ties: A metaanalysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. So-cial Networks, 35: 626-638.
105. Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. Social Indicators Research, 117(2), 561–576. https://doi.org/10.1007/ s11205-013-0361-4
106. Siu, O., & Philips, D. R. (2002). A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong-Kong. International Journal of Aging and Human Development, 55, 299-319.

107. Strunga, A. (2012). Aktivno starenje u Europi - nove perspektive. Andragoški glasnik, 16 (1): 33-41.

108. Sviarkaltsava, V. (2016). The Effect of Loneliness on the Perception and Learning of Negative Words. Department of Psychology. 51-67.

109. Tijhuis, M. A. R., De Jong-Gierveld, J., Feskens, E. J. M. (1999): Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. Age and Ageing, 28 ,491-495

110. Thomas, P. A. (2010). Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. The Journals of Gerontology: Series B, 65B (3), 351–357. https://doi.org/10.1093/geronb/gbp113

111. Tikainnen, P., & Heikkinen. R. (2004). Association between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. Journal of Aging and Mental Health, 9, 526-534.

112. Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., et al. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 10: 398-406.

113. Van Orden, K. A., Wiktorsson, S. Duberstein, P., Berg, A. I., Fassberg, M.M., Waern, M. (2015). Reasons for Attempted Suicid in Later Life. Am. J. Geriatr Psychiatry, 23 (5): 536–544.

114. Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Statistični urad Republike Slovenije. 7-57.

115. Victor, C., Scambler, S., Bond, J. and Bowling, A., (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. Reviews in clinical gerontology, 10(4), pp.407-417.

116. Wang, H., Wang, H., Cheng, H & Che, Z. (2016). Ameliorating effect of luteolin on memory impairment in an Alzheimer's disease model. Mol. Med. Rep.13: 4215–4220.

117. Wernher, I. & Lipsky, M. S. (2015). Psychological theoris of aging. Disease-a-Month. 61: 480-488.

118. Wilson, K., Mottram, P., & Sixsmith, A. (2007) Depressive symptoms in the very old living alone: Prevalence, incidence and risk factors. International Journal Geriatric Psychiatry, 22, 361-366.

119. White, S. (2015). Engaging Aging. Gerotranscedence Theory: A Fresh Look at Positive Aging. National Religious Retirement Office, 10 (1): 1-8.

120. Whooley, M., Stone, B., & Soghikian, K. (2000). Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. Journal of General Internal Medicine,15, 293-300.

121. Zhao, Y., Sautter, J.M.,Qiu, L & Gu, D. (2017). Self-percieved uselessness and associated factors among older adults in China. BMC Geriatr. 17: 12.

122. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment;52:30-41.

123. Zung, W.W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. 12: Arch Gen Psychiatry 63-70.

124. Zunzunegui, M. V., Gutierrrez- Cuadra, P., Beland, F., Del Ser, T., Wolfson, C. (2000). Development of simple cognitive function measures in a community dwelling population of elderly in Spain. International Journal Geriatric Psychiatry,15, 130-140.

ПРИЛОЗИ

1. Прашалник за општи податоци

2. Мултидимензионална скала за перцепирана социјална поддршка (Multidimensional Scale for Perceived Social Support – MSPSS)

3. UCLA скала за осаменост

4. Самоизвестувачка скала за депресија на Зунг (Zung Self-reported depression scale)

5. Скала за перцепирана добросостојба (PWB scale)

ПРАШАЛНИК ЗА ОПШТИ ПОДАТОЦИ

Прашалникот го пополнува истражувачот, а прашањата се однесуваат на испитаникот.

1. Возраст: _____

2. Пол:

   а) машки

   б) женски

3. Место на живеење: _____

4. Дијагноза за психичко растројство:

   а) ДА

   б) НЕ

   Ако одговорот е ДА, за кое растројство се работи? _____

5. Деменција

   а) ДА

   б) НЕ

МУЛТИДИМЕНЗИОНАЛНА СКАЛА ЗА ПЕРЦЕПИРАНА СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА (Multidimensional Scale for Perceived Social Support – MSPSS)

Заинтересирани сме за тоа како се чувствувате во врска со следните тврдења. Прочитајте го секое од нив и изразете го вашиот степен на согласување преку заокружување на соодветниот број, при што:

1 – воопшто не се согласувам

2 – не се согласувам

3 – не знам/немам мислење

4 – се согласувам

5 – целосно се согласувам

	Воопшто не се согласувам	Не се согласувам	Не знам/немам мислење	Се согласувам	Целосно се согласувам
Постои посебна личност која е околу мене кога има потреба.	1	2	3	4	5
Постои посебна личност во мојот живот со која можам да ги споделам радоста и тагата.	1	2	3	4	5
Моето семејство навистина се обидува да ми помогне.	1	2	3	4	5
Ја добивам потребната емоционална помош и поддршка од моето семејство.	1	2	3	4	5
Имам посебна личност која е вистински извор на утеха за мене.	1	2	3	4	5
Моите пријатели навистина се обидуваат да ми помогнат.	1	2	3	4	5
Можам да сметам на моите пријатели кога работите тргнуваат наопаку.	1	2	3	4	5
Можам дазборувам за моите проблеми со семејството.	1	2	3	4	5

Имам пријатели со кои можам да ги споделувам радостите и тагата.	1	2	3	4	5
Постои посебна личност во мојот живот која навистина се грижи за моите чувства.	1	2	3	4	5
Моето семејство е секогаш подготвено да ми помогне при донесувањето одлуки.	1	2	3	4	5
Можам да зборувам за моите проблеми со пријателите.	1	2	3	4	5

UCLA СКАЛА ЗА ОСАМЕНОСТ

Ве молиме на секое од прашањата навеедени подолу одговорете колку често се чувствувате на опишаниот начин преку впишување заокружување на соодветниот број, при што:

1 – никогаш

2 – ретко

3 – понекогаш

4 – често

		Никогаш	Ретко	Понекогаш	Често
1*	Ми недостасува дружење.	1	2	3	4
2	Немам никој на кого би можел/-ла да му се обратам.	1	2	3	4
3*	Не се чувствувам осамено.	1	2	3	4
4*	Чувствувам дека сум дел од групата пријатели.	1	2	3	4
5*	Имам многу заеднички работи со луѓето околу мене.	1	2	3	4
6	Повеќе не сум близок со никого.	1	2	3	4
7	Луѓето околу мене не ги споделуваат моите интереси и идеи.	1	2	3	4
8*	Јас сум пријателски расположена личност.	1	2	3	4
9*	Постојат луѓе со кои сум близок.	1	2	3	4
10	Се чувствувам напуштено.	1	2	3	4
11	Моите социјални врски се површни.	1	2	3	4

12	Никој не ме познава добро.	1	2	3	4
13	Се чусвтвувам изолирано од другите.	1	2	3	4
14*	Можам да најдам друштво секогаш кога ќе посакам.	1	2	3	4
15*	Постојат луѓе кои навистина ме разбираат.	1	2	3	4
16	Луѓето се околу мене, но не и со мене.	1	2	3	4
17*	Има луѓе со кои можам да разговарам.	1	2	3	4
18	Постојат луѓе на кои можам да им се обратам.	1	2	3	4

САМОИЗВЕСТУВАЧКА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЈА НА ZUNG (Zung Self-reported depression scale)

Ве молиме одберете го одговорот кој најдобро опишува колку често во текот на изминатат седмица сте се чувствувале како што е опишано, при што:

1 – никогаш

2 – ретко

3 – понекогаш

4 - често

		Никогаш	Ретко	Понекогаш	Често
1	Се чувствувам обесхрабрено и тажно.	1	2	3	4
2	Имам периоди кога ми се плаче.	1	2	3	4
3	Имам проблеми со заспивањето навечер.	1	2	3	4
4	Се заморувам без причина.	1	2	3	4
5*	Умот ми е бистар како и порано.	1	2	3	4
6*	Со леснотија ги правам работите кои ги правев и порано.	1	2	3	4
7*	Оптимист сум во врска со иднината.	1	2	3	4
8	Пораздразлив сум од порано.	1	2	3	4
9*	Лесно донесувам одлуки.	1	2	3	4
10*	Чувствувам дека сум корисен и потребен.	1	2	3	4
11*	Животот ми е исполнет.	1	2	3	4
12	Чувствувам дека на другите ќе им е	1	2	3	4

	подобро ако сум мртов/-ва.				
13*	Сеуште уживам во работите во кои уживав и претходно.	1	2	3	4

СКАЛА НА ПЕРЦЕПИРАНА ДОБРОСОСТОЈБА (PWB scale)

Следните тврдења се однесуваат на Вас. Ве молиме изразете го степенот на Вашето согласување со секое од нив преку заокружување на соодветниот број:

1 – воопшто не се согласувам

2 – не се согласувам

3 – не знам/немам мислење

4 – се согласувам

5 – целосно се согласувам

		Воопшто не се согласувам	Не се согласувам	Неутрален/-на сум	Се согласувам	Целосно се согласувам
1	Немам многу физички поплаки.	1	2	3	4	5
2*	Никој навистина не се грижи дали сум мртов/-ва или жив/-ва.	1	2	3	4	5
3	Сметам дека немам проблеми со срцето.	1	2	3	4	5
4	Имам добар апетит.	1	2	3	4	5
5*	Често пати ми е здодевно.	1	2	3	4	5
6*	Имам болки на повеќе места по телото.	1	2	3	4	5
7	Возбудливо е да се биде жив.	1	2	3	4	5
8*	Понекогаш посакувам воопшто да не се разбудам.	1	2	3	4	5
9	Физички сум во добра форма.	1	2	3	4	5
10	Чувствувам дека животот е вреден да се живее.	1	2	3	4	5

11*	Чувствувам дека здравјето ми се влошува.	1	2	3	4	5
12*	Воопшто не се грижам за она што ми се случува.	1	2	3	4	5
13	Не се заморувам брзо.	1	2	3	4	5
14	Можам да издржам поголемо физичко оптоварување.	1	2	3	4	5