

## **Napovedni pomen odnosa med vrednotami, depresijo, komorbiditeto in percepcijo kakovosti življenja starih rehabilitandov**

TONE BREJC\*

*Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana*

**Povzetek:** Cilj raziskave je bil proučiti napovedni pomen odnosa med vrednotami, depresijo, komorbiditeto in percepcijo kakovosti življenja 80 rehabilitandov, starejših od 65 let in s povprečno starostjo 74,4 leta, ki so bili zaradi poškodbe ali kapi obravnavani v Inštitutu RS za rehabilitacijo. Upošteva starost, spol in vrsto prizadetosti so bile opravljene korelacijske, regresijske in druge analize odnosov med vrednotami, ocenjenimi s Pogačnikovo Lestvico osebnih vrednot (LV), depresivnostjo, ocenjeno z Yesavagevo Geriatrično lestvico depresivnosti (GLD), komorbiditeto, ocenjeno z Charlsonovim Indeksom komorbiditete (IKM), in percepcijo kakovosti življenja, ocenjeno z WHOQOL - BREF. Rezultati so pokazali, da so vrednotne preference starih rehabilitandov vključevale vrednote osebne varnosti, povezovanja in tradicionalne etičnosti, odražale pa so zgolj s starostjo, ne pa s spolom, prizadetostjo ali stopnjo komorbiditete povezane spremembe v hierarhiji vrednot. Vrednote niso vplivale na depresivnost niti na percepcijo kakovosti življenja, ki je bila sicer ocenjena kot dobra. Depresivnost je bila zmerna, situacijsko pogojena in edini prediktor negativne percepcije kakovosti življenja. Percipirana kakovost življenja je bila negativno povezana z funkcionalno prizadetostjo in psihološkim nezadovoljstvom, pozitivno pa s socialnimi odnosi in podpornim okoljem. Ugotovitve omogočajo zaključek, da je moč z obvladovanjem depresivnosti vplivati na izboljšanje percipirane kakovosti življenja, pri čemer je v geriatrični rehabilitaciji, bolj kot za svetovanje za prilagoditev osebnih vrednot in stališč, pomembno (po)skrbeti za ureditev takšnih življenjskih pogojev, ki omogočajo ohranjanje občutkov moči in pristojnosti starih ljudi.

**Gljučne besede:** vrednote, depresivnost, kakovost življenja, starost, geriatrična rehabilitacija

## **Predictive potential of the relationship between values, depression, comorbidity and the perception of quality of life in the elderly rehabilitation clients**

TONE BREJC

*Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia, Ljubljana, Slovenia*

**Abstract:** The research objective was to study the predictive potential of the relationship between personal values, depression, comorbidity and the perception of quality of life in 80 older rehabilitation

---

\*Naslov / address: dr. Tone Brejc, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana; Slovenija, e-mail: tone.brejc@mail.ir-rs.si

clients, aged 65 years and more (average age 74,4 years), suffering from serious injury or stroke and referred to geriatric rehabilitation unit of the Rehabilitation Institute in Ljubljana, Slovenia. Controlling for age, gender, and disability we performed correlational analysis, multiple regression and other multivariate analyses of scores, obtained from Pogačnik's Personal Values Scale, Yesavage's Geriatric Depression Scale, Charlson's comorbidity index (CMI) and WHO Quality of Life Scale-BREF. The results revealed the preference of values of security, affiliation and traditional ethics, reflecting change in values hierarchy only due to age and not to gender, disability or comorbidity. Depression was not influenced by personal values, which, conversely, had no significant impact on the perceived quality of life, which the subjects generally assessed as good. The perceived quality of life was negatively associated with functional disability and psychological dissatisfaction, and positively with social relationships and environmental support. Depression was moderate, situationally caused and the only predictor of the perceived negative quality of life. The results provide support for the conclusion that efforts invested in establishing and maintaining adequate life conditions for the older rehabilitation patients, enhancing and supporting their feelings of personal strength, competence and independence may serve better in management of their depression and perceived quality of life than direct counselling interventions focused on changing their values and attitudes.

**Key words:** values, depression, quality of life, late adulthood, geriatric rehabilitation

CC=2860 3380

Skladno z naraščanjem števila starih ljudi v družbi narašča tudi število tistih starih ljudi, ki zaradi posledic bolezni ali poškodbe iščejo pomoč v okviru programov geriatrične rehabilitacije. Prevladuje prepričanje, ki ga podpirajo tudi rezultati raziskav (Indredavik in dr., 1991; Jongbloed, 1986; Kaste, Palomaki in Sarna, 1994), da so takšnim rehabilitantom v korist dobro načrtovani rehabilitacijski programi, ne glede na različnost njihovih rehabilitacijskih potreb. Vendar pa je še vedno bolj malo znanega, kako poteka proces njihovega rehabilitacijskega napredovanja, zlasti še, kateri osebni in/ali okolni dejavniki ta proces pospešujejo ali ovirajo. Prav tako ni dovolj pojasnjeno, kako se končni rezultat geriatrične rehabilitacije odraža vsaj v ohranitvi, če že ne v dvigu percipirane in dejanske kakovosti življenja, ki jo na primer poškodba kot je zlom kolka, pomembno ogrozi (Lyons, 1997).

Dosedanje proučevanje je pokazalo, da imajo med osebnimi dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijsko uspešnost starih ljudi, največji vpliv njihova starost, predbolezenska raven motoričnega delovanja, kognitivna ohranjenost, stopnja depresivnosti in motivacija (Clark in Smith, 1998; Dickerson in Fischer, 1993; Friedman, 1995; La Buda in Lichtenberg, 1999; McNeill in Lichtenberg, 1998; Smith in Clark, 1995), pa tudi spremljajoče kronične bolezni (Campbell in dr., 1994; Fried in Guralnik, 1997; Moore in Lichtenberg, 1996; Rozzini Frisoni, Ferrucci in Barbisoni, 1997; Sullivan, 1996). Na prediktivni pomen depresije sta na primer ob proučevanju uspešnosti starejših oseb v programu medicinske rehabilitacije posebej opozorila Susan E. McNeill in Lichtenberg (1998), saj sta ugotovila, da je, poleg starosti, funkcionalnega statusa pri gibanju ter socialne veščosti najpomembnejši napovednik njihove sposobnosti za samostojno

življenje po odpustu. Tudi Clark in Smith (1998) sta ob proučevanju relativnega vpliva depresije in abnormalnega bolezenskega vedenja (ABV) na končne rezultate pri rehabilitaciji po kapi ugotovila, da napoveduje depresija, pa čeprav ni povezana s stopnjo izgube funkcionalnih sposobnosti, slabše socialno delovanje prizadete osebe, medtem ko pa ABV pogojuje trajno funkcionalno prizadetost. Značilno negativno vlogo depresije pri dobri psihološki prilagoditvi na prizadetost so, skupaj s pozitivno vlogo občutenja notranje ("osebne") skladnosti (koherentnosti), socialne opore in ravni izobrazbe, izpostavili tudi Drory, Kravetz in Florian (1999). Vsaj na posredno vlogo depresije pri napovedovanju rehabilitacijskih rezultatov več kot 60 let starih rehabilitandov sta opozorila tudi La Buda in Lichtenberg (1999), ko sta pri proučevanju možnosti napovedovanja sposobnosti za instrumentalne dejavnosti v vsakdanjem življenju (IDVŽ) ugotovila, da je bilo mogoče 70 odstotkov variance IDVŽ pojasniti z leti šolanja, spoznavnimi sposobnostmi in zavedanjem deficita. Menila pa sta, da je pri napovedovanju rezultatov rehabilitacije potrebno bolj upoštevati oceno kognitivnega delovanja rehabilitandov in zavedanja deficitov, kot pa depresije *per se*.

Spričo visoke prevalence depresivnih simptomov med rehabilitandi v geriatrični rehabilitaciji – ocenjuje se, da naj bi jih bilo 20 do 35 odstotkov pomembno klinično depresivnih (Jenike, 1988) – se torej zastavlja vprašanje njihovih psiholoških posledic, ki utegnejo vplivati na stopnjevanje prizadetosti in na zmanjševanje sposobnosti, da bi pridobili v rehabilitacijskem programu ter ohranili, če že ne izboljšali kakovost svojega življenja. V nasprotju z ustaljenim prepričanjem je bilo ugotovljeno, da klinično opazljiva depresija pri starih rehabilitandih nima pomembnega in splošnega negativnega vpliva na njihovo kognitivno delovanje; vpliva le na sposobnost koncentracije in nekoliko upočasnjeno hitrost procesiranja dražljajev (Bieliauskas, 1993). Pač pa je očiten vpliv depresije na konativno področje njihovega delovanja. Ta vpliv je povezan s percepcijo upada ali izgube lastne vrednosti zaradi omejitev ali izgub v sposobnostih in z njimi povezane oviranosti pri uresničevanju socialnih vlog. Depresija starih rehabilitandov je namreč večinoma situacijsko in zdravstveno pogojena. Povezana je tako z njihovimi občutki izgube, nemoči in brezizhodnosti položaja kot tudi z negativnimi vegetativnimi in funkcionalnimi spremembami, ki spremljajo staranje, bolezni in poškodbe, ne pa s psihopatološkimi spremembami v njihovem doživljanju in vedenju. Zato se v geriatrični rehabilitaciji tudi ne srečujemo z večjim odstotkom psihiatrično depresivnih kot v običajni populaciji rehabilitandov (Bielauskas, 1993), praviloma pa tudi intenziteta in obseg depresivnega čustvovanja in vedenja ne prevzameta oblike iracionalnih občutij lastne nevednosti in krivde ter preokupiranosti z umikom iz življenja. Pogostejši so izolirani znaki depresije (Gatz in Fiske, 1998; Kasl-Godley, Smyer in Qualls, 1999), ki so posledica dejstva, da so stari ljudje pogosteje izpostavljeni depresivnim dogodkom kot so na primer mučna bolezen, malo uspešno ali neuspešno zdravljenje, žalovanje za svojci in prijatelji ipd. Penninx in dr. (1996) navajajo, da se z večanjem števila bolezni povečuje tudi število depresivnih simptomov. Nekatere bolezni, ki jih spremlja kronična bolečina, na primer artritis, bolj pogojujejo depresivni odziv kot druge, pa čeprav bolj

resne in bolj posegajoče v kakovost življenja, na primer diabetes.

Ugotovitev, da je, poleg kognitivnih deficitov, prav depresija tisti dejavnik, ki najbolj povečuje tveganje, da bodo starejši rehabilitandi izgubili samostojnost oziroma, da bodo ostali odvisni tudi po rehabilitaciji je mogoče pojasniti s socialnopsihološkim prilagoditvenim modelom S.E. McNeill in Lichtenberga (1998), v katerem je mogoče prepoznati navezavo na vedenjsko (Levison in dr., 1985), kognitivno (Beck, 1976) in na revidirani teoriji naučene nemoči (Abramson in dr., 1978) temelječo razlago nastanka depresije pri starih ljudeh. Ta model opisuje depresijo kot takšno obliko skrajne mišljenjske in čustvene reakcije na posledice bolezni ali poškodbe, ki omeji sposobnost njenega obvladovanja oziroma prilagajanja nanjo. Tudi za depresijo pri starih ljudeh je namreč značilna nestabilna in manj odporna organizacija posameznikovega »selfa«, posebej za negativne informacije o sebi in o okolju, ki je povezana z neskladnostjo predstav o idealnem in dejanskem »selfu«. Depresivnega starega človeka obremenjujejo »kognitivne distorzije« (Beck, 1976) kot so selektivno ali pretirano posploševanje zgolj negativnih informacij o sebi in dihotomno »ali-ali« oziroma »črno-belo« mišljenje. Takšna disfunkcionalna prepričanja vodijo v preokupacijo s samim seboj in v avtomatsko procesiranje negativnih postavk v sebi. Posledica tega je izguba ali izrazito znižanje samospoštovanja in pomanjkanje samozaščitne pozitivne pristranosti, ki varuje pred samorazvrednotenjem. Prizadeti so tudi objektivni odnosi: depresija spričo pretirane usmerjenosti vase ovira ali povsem onemogoči vzdrževanje odprtih, pozitivnih in pristnih medosebnih odnosov. Depresija vpliva tudi na eksekutivne sposobnosti, saj znižuje tako učinkovitost kognitivnega procesiranja, pripravo in izvedbo načrtov kot tudi raven intrinzične motivacije. Zato tudi ovira ali celo onemogoči rehabilitacijsko učenje, s tem pa tudi pozitivne vplive telesne vadbe na njeno zmanjšanje (McCann, Holmes, 1984). Zauszniewski (1997) je na primer ugotovil, da obstojajo pomembne negativne korelacije med depresijo in anksioznostjo ter najdljivostjo starih ljudi. Nedvomno je torej, da je depresija v negativni povezavi z upešnostjo rehabilitacijske obravnave (Bieliauskas, 1993).

Depresija kot močna in negativna čustvena reakcija na neugoden položaj, v katerem se je zaradi posledic bolezni ali poškodbe znašel star človek, ogroža tudi njegov vrednotni sistem. Čeprav relativno stabilen, se ta sistem pod vplivom staranja spreminja: namesto dionizičnih (hedonskih in potenčnih) vrednot postajajo relativno vedno bolj pomembne apolonske (moralne in izpolnitvene) vrednote (Musek, 1993, 2000). Zato je mogoče domnevati, da vnaša telesna prizadetost pri starih rehabilitandih v ta proces dodatno okoliščino, saj izpostavlja preskusu resničnosti vse tiste vrednote, ki so bistvene za ocenjevanje sebe in lastnega položaja, za usmeritev njihovih prizadevanj in za odločanje glede njihovega delovanja. Telesna prizadetost je torej stresor, ki deluje na njihove vrednote in čustveno stanje: na vrednote kot pomembno kognitivno reprezentacijo motivove vpliva z izkušnjo oviranosti ali onemogočenosti pri izpeljavi vedenjskih namer, ta izkušnja pa se odraža v negativnih stališčih in z njimi povezanih emocionalno-vedenjskih posledicah glede sebe in lastnega položaja. Zato

imata tako prizadevanje za doseg osebni ciljev v geriatrični rehabilitaciji kot tudi percepcija kakovosti lastnega življenjskega položaja značilno in pomembno kognitivno-emocionalno osnovo. Seveda pa ima percepcija kakovosti lastnega življenjskega položaja, v kateri se odražajo ključna stališča do sebe in svojega življenja in posredni usmerjevalni vpliv vrednot tudi pomembno motivacijsko vlogo.

Razumevanje odnosa med vrednotami starih ljudi, ki se vključujejo v rehabilitacijske programe, njihovim depresivnim doživljanjem in percepcijo kakovosti življenja, lahko nedvomno prispeva k boljšemu poznavanju psiholoških mehanizmov, ki spremljajo njihov rehabilitacijski proces in, ki vplivajo na njegov rezultat. Takšno razumevanje tudi omogoča primernejše delovanje tako v okviru logoterapevtskega ali kognitivno-vedenjskega pristopa k problemom starih ljudi. Ker se je dosedanje proučevanje lotevalo zgolj posameznih vidikov teh odnosov, sem poskušal z raziskavo prispevati k celostnem vpogledu v te odnose, pri čemer sem, izhajajoč iz dosedanjih ugotovitev, izpostavil naslednje hipoteze:

1. vrednotni sistem starih rehabilitandov vpliva na njihovo depresijo;
2. depresija starih rehabilitandov negativno vpliva na njihovo percepcijo kakovosti življenja;
3. spremljajoča bolezenska stanja so, poleg telesne prizadetosti, v pozitivni povezavi z depresijo in v negativni povezavi s percepcijo kakovosti življenja.

## Metoda

### Udeleženci

V vzorec je bilo vključenih 80 rehabilitandov starejših od 65 let, ki so bili prvič sprejeti v rehabilitacijsko obravnavo Inštituta republike Slovenije za rehabilitacijo in so bili brez takšnih kognitivnih deficitov, ki bi onemogočali sodelovanje. Od tega jih je bilo 57,5 %, ki so bili obravnavani zaradi poškodbe, najpogosteje zaradi zlomov kolka ali stegnenice, 42,5% pa zaradi kapi. Ob poprečni starosti 74,4 leta in najpogostejši starosti 72 let je bila v vzorcu najvišja starost 94 let. Rehabilitandi po poškodbi so bili v poprečju starejši od tistih po kapi za skoraj osem let ( $M = 7 = 6,9$ ;  $SD = 7,66$  in  $M = 69$ ;  $SD = 5,59$ ) in ta razlika je bila statistično pomembna ( $t = 12,53$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,001$ ). S starostjo je naraščala tudi komorbiditeta, najbolj v starostnih obdobjih med 65. do 70. in 80. do 85. letom. V vzorcu so v razmerju tri proti dva (48 proti 32) in v statistično pomembnem obsegu prevladovale ženske ( $\chi^2 = 3,29$ ;  $p = 0,003$ ) s tem, da je bila v skupini po poškodbah to razmerje še večje. Ženske so bile tudi pomembno bolj obremenjene s komorbiditeto kot moški ( $t = 79,73$ ;  $df = 79$ ;  $p = 0,005$ ). Po izobrazbi so v vzorcu prevladovale osebe z največ srednješolsko izobrazbeno stopnjo, saj je bilo tistih z višjo ali visoko le 24, z osnovno in poklicno šolo pa 28.

## Inštrumenti

Za ocenjevanje spremenljivk sem uporabil Lestvico vrednot - LV (Pogačnik, 1987), Geriatrično lestvico depresivnosti- GLD (Geriatric Depression Scale – GDS, Yesavage in dr., 1983), Indeks komorbiditete - IKM (Comorbidity Index - CMI, Charlson in dr., 1987) in kratko obliko Vprašalnika za ocenjevanje kakovosti življenja - WHOQOL - BREF (WHO, 1998). LV, ki predstavlja na 22 vrednot razširjeno in dopolnjeno obliko Rokeachove lestvice vrednot (Rokeach, 1973), omogoča hiter vpogled v motivacijsko strukturo oziroma v osebno raven »superega«. Avtor poroča o primerni veljavnosti in zanesljivosti lestvice (koeficienti retestne zanesljivosti med 0,46 in 0,95). Njena konstruktna veljavnost pri starih ljudeh še ni bila preverjena. Spričo svojega obsega in načina aplikacije pa je ustreza posebnim zahtevam psihološke diagnostike v geriatrični rehabilitaciji (npr.omejeni vzdrževani pozornosti rehabilitandov, počasnejšemu, od nazornosti dražljaja bolj odvisnemu procesiranju informacij). Vrednote lestvice sodijo v kategorijo Rokeachovih terminalnih vrednot (1973), mogoče pa jih je tudi smiselno prepoznati v kategorijah 11 vrednotnih usmeritev, 4 vrednotnih tipov ali dveh velekategorij dionizičnih (materialistično-eksistenčnih) in apoloničnih (duhovno-izpolnitvenih) vrednot Muska (1993).

Geriatrično lestvico depresivnosti - GLD, ki je bila oblikovana posebej za odkrivanje znakov depresivnosti pri starih ljudeh, sestavlja jo 30 vprašanj, na katere je potrebno odgovoriti z »da« ali »ne«. Dosedanji rezultati raziskovanj so potrdili veljavnost in zanesljivost lestvice (Rapp, Parisi in Walsh, 1988).

Indeks komorbiditete – IKM je lestvica, ki je bila razvita za ocenjevanje vpliva števila in resnosti spremljajočih bolezenskih stanj na življenjsko ogroženost bolnikov. Lestvica temelji na prepoznavanju teh stanj in vrednotenju njihovega relativnega vpliva na življenjsko ogroženost s pomočjo empirično ugotovljenih obtežitev. Končni rezultat (indeks) tako odraža seštevek obtežb posameznih spremljajočih boleznih: višji rezultat pomeni zato njihovo večjo prisotnost in resnost. Validacija indeksa s pomočjo desetletnega spremljanja skupine 685 bolnikov je pokazala, da je pomemben napovednik enoletnega preživetja ( log. rank  $\chi^2 = 165; p < 0,0001$ ; Charlson in dr. 1987). Uporaba lestvice v rehabilitaciji pa je pokazala, da je tudi najboljši napovednik obnove sposobnosti za vsakdanja opravila, ki je pomembno merilo rehabilitacijske uspešnosti (Moore in Lichtenberg, 1996). V raziskavi je služila preverjanju domneve o vplivu spremljajočih bolezenskih stanj na depresijo in percipirano kakovost življenja.

Vprašalnik za ocenjevanje kakovosti življenja - WHOQOL - BREF (WHO, 1998) predstavlja na 26 vprašanj skrajšano obliko celotne lestvice WHOQOL -100, ki jo je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1995). Skrajšana oblika, ki je še v fazi preizkušanja v različnih sodelujočih članicah SZO, vključuje poleg dveh vprašanj glede splošne ocene kakovosti življenja in zadovoljstva z zdravjem še 24 vprašanj, ki se nanašajo na posamezne vidike kakovosti življenja na naslednjih štirih področjih: telesnem, psihološkem, družbenem in okoljnem. Na telesnem področju

zahtevajo vprašanja oceno vpliva bolečine, pomanjkanja energije, težav s spanjem, pri gibanju in vsakdanjih opravilih, omejitve v delovni sposobnosti in odvisnosti od zdravljenja v zadnjih dveh tednih na zadovoljstvo z vsakdanjo izkušnjo. Psihološko področje zajema ocene uživanja in smiselnosti življenja, sposobnosti koncentracije, sprejemanja telesne podobe, zadovoljstva s samim seboj in pogostosti občutenja negativnih čustev. Področje socialnih odnosov zahteva oceno zadovoljstva z medosebnimi odnosi, spolnim življenjem in podpore prijateljev. Okoljno področje pa vključuje ocene občutkov varnosti v bivalnem okolju in njegove zdravstvene primernosti (»zdravosti«), denarne preskrbljenosti, dostopnosti informacij in možnosti za prostočasne dejavnosti, zadovoljstva z življenjskimi pogoji, z dostopnostjo zdravstvene službe in s prevoznimi možnostmi. Odgovori na posamezna vprašanja se ocenjujejo na petstopenjski lestvici, pri čemer pomeni ocena 5 najboljšo oceno. Ocene na posameznih področjih, najbolj na področju telesnega zdravja, najmanj pa na socialnem področju, dajejo pomemben prispevek k razlagi variance splošne ocene kakovosti življenja in zdravja. Ta ocena pa, tako kot WHOQOL – 100, dobro diskriminira med skupino bolni in zdravih (WHO, 1998). K vprašalniku sem dodal še dve vprašanji, ki sta se nanašali na oceno zadovoljstva z rehabilitacijskim programom in na pričakovanje v zvezi z uspešnostjo pri obnovi funkcionalnih sposobnosti.

## **Postopek**

V raziskavo sem, ob njihovem pristanku, pritegnil rehabilitande, ki so že prešli uvodno oziroma orientacijsko fazo vključevanja v rehabilitacijski program in pri katerih se je pokazalo, da so sposobni razumeti in ustrezno odgovoriti na instrumentalne zahteve, se pravi, da so bili brez ovirajočih motenj v metakogniciji. Aplikacija instrumentov je potekala individualno in po zaporedju, ki se je empirično potrdilo kot najbolj motivirajoče. To pomeni, da sem pričel z Geriatrično lestvico depresivnosti, nadaljeval z WHOQOL – BREF in končal z Lestvico vrednot. Aplikacija je bila prilagojena tudi morebitnim senzornim upadom (npr. slab vid ali sluh) in/ali znižani mentalni vzdržljivosti, zato sem jo v posameznih opravil v dveh dneh. Posamezne postavke ali vprašanja sem v primeru nejasnosti še dodatno pojasnjeval.

Po deskriptivni analizi zbranih podatkov o vseh spremenljivkah sem ocenil vpliv starosti, spola in prizadetosti na ocenjevanje vrednot, depresijo, komorbiditeto in percepcijo kakovosti življenja, opravil korelacijsko analizo odnosov med neodvisnimi spremenljivkami - vrednotami (LV), depresijo (GLD) in komorbiditeto (IKM) in multiplo regresijsko analizo vpliva neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko - percepcijo kakovosti življenja (WHO- BREF). Preveril pa sem tudi morebitne razlike v vrednotenju proučevanih postavk med obema skupinama rehabilitandov.

## Rezultati

Opisna analiza je pokazala, da so rehabilitandi najbolj cenili devet terminalnih vrednot oziroma vrednot moralnega in izpolnitvenega vrednostnega tipa oziroma vrednot apolonične velekategorije, ki se nanašajo na ideale popolnosti in harmonije, med katerimi so prevladovale vrednote zbliževanja (»OSEBNA VARNOST«, »ZVESTO PRIJATELJSTVO«, »RAZUMEVANJE S PARTNERJEM«, »DRUŽABNA PRIPADNOST«) in tradicionalne morale (»SPOŠTOVANJE DRUŽBENIH NAČEL«, »OTROCI«, »TOPEL DOM«; glej tabelo 1).

Tej skupini vrednot je sledila skupina šestih dionizičnih vrednot, to je vrednot uspešnosti in uživanja, v kateri izrazito prevladujejo statusne vrednote (»POKLIC«, »UGLED«, »UDOBNO ŽIVLJENJE«, »MOČ«). Hierarhijo je zaključilo sedem manj pomembnih apoloničnih in dionizičnih vrednot, med katerimi so vrednote samoaktualizacije (»OSEBNA IZPOPOLNITEV«), zbliževanja (»LJUBEZEN«),

Tabela 1: Preferenčna razporeditev ocen na Lestvici vrednot - LV

<b>vrednota</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rang</i>
osebna varnost	6,05	4,10	1
spoštovanje družbenih načel	6,65	4,89	2
otroci	7,75	6,09	3
zvesto prijateljstvo	8,13	5,19	4
topel dom	8,39	5,86	5
svoboda	8,95	5,11	6
razumevanje s partnerjem	9,88	7,69	7
družabna pripadnost	11,08	5,15	8
modrost	11,36	5,41	9
poklic	11,54	5,98	10
lepota	11,95	5,60	11
ugled v družbi	12,09	5,79	12
počitek	12,19	5,29	13
udobno življenje	12,71	6,05	14
moč	13,25	5,62	15
osebno izpopolnjevanje	13,29	5,17	16
hrana	13,44	6,09	17
imetje	13,90	5,13	18
ljubezen	14,13	6,67	19
ustvarjalni dosežki	14,75	5,28	20
vera	14,99	7,52	21
nove izkušnje	16,09	4,69	22



statusa ("IMETJE, USTVARJALNI DOSEŽKI") in hedonizma ("HRANA") s tem, da sta bili najmanj cenjeni dve spoznavni vrednoti ("VERA" in "NOVE IZKUŠNJE").

Kot je pokazala multivariatna analiza variance, hierarhično razporejanje vrednot ni bilo pod pomembnim vplivom starosti; takšen vpliv se je pojavil šele v kombinaciji z spolom, vrsto prizadetosti in stopnjo komorbiditete (Wilksova lambda = 0,19;  $R = 1,85$ ;  $p < 0,000$ ) in vrste prizadetosti. Pač pa sta na preferiranje vrednot pomembno vplivala spol (Wilksova lambda = 0,57;  $R = 0,95$ ;  $p < 0,002$ ) in stopnja komorbiditete (Wilksova lambda = 0,19;  $R = 1,85$ ;  $p < 0,001$ ). Skladnost pri ocenjevanju vrednot med rehabilitandi po poškodbi in tistimi po kapi je bila zelo velika ( $\chi^2 = 58,00$ ;  $df = 21$ ;  $p < 0,0003$ ; koefic. konkordance = 0,92, popreč. rank  $r = 0,88$ ).

Poprečna ocena na Geriatrični lestvici depresivnosti - GLD je bila  $M = 10,69$ ;  $SD = 6,13$ , s tem, da je bila najnižjo ocena 2 in najvišja 27. Glede na možno maksimalno oceno je mogoče zaključiti, da je bila depresivnost proučevane skupine zmerna, vendar visoko variabilna. Rehabilitandi po poškodbi so bili bolj depresivni ( $M = 12,39$  in  $SD = 5,75$ ) kot rehabilitandi po kapi ( $M = 8,38$  in  $SD = 5,94$ ) in ta razlika je bila statistično pomembna ( $t = 67,92$ ;  $df = 78$ ;  $p < 0,002$ ). Poprečni indeks komorbiditete- IKM je bil  $M = 1,63$ ;  $SD = 0,92$ . Ta rezultat kaže, da so bila spremljajoča bolezenska stanja, upoštevaje njihovo vrednotno obtežitev in odstotek rehabilitandov s hemiplegijo (z obtežitvijo 2), v vzorcu nad ravno na primer periferne vaskularne bolezni, miokardnega infarkta, bolezni vezivnih tkiv ali diabetesa, ki zahteva vrednotno obtežitev 1, vendar malo variabilna. Razlika v komorbiditeti med obema skupinama rehabilitandov je bila statistično pomembna ( $t = 79,86$ ;  $df = 78$ ;  $p < 0,00$ ). Starost je vplivala na komorbiditeto.

Korelacijska analiza je pokazala na nekatere značilne povezave med neodvisnimi spremenljivkami (glej tabelo 2). Starejši rehabilitandi, ki so bili signifikantno manj izobraženi in bolj obremenjeni s spremljajočimi zdravstvenimi težavami, so bili tudi bolj depresivni. Depresivnost je bila tudi pomembno večja pri rehabilitandih po poškodbi, ki so imeli tudi pomembno več spremljajočih zdravstvenih težav. Pravtako so bile rehabilitandke pomembno manj depresivne kot rehabilitandi, pa čeprav so imele pomembno več spremljajočih zdravstvenih težav.

Vpliv starosti je zajel tretjino postavk lestvice GDL: najbolj se je odrazil pri

Tabela 2: Pearsonovi koeficienti korelacije med neodvisnimi spremenljivkami

spol	-.20				
izobrazba	.25*	.03			
vrste prizadet.	-.40*	.22	-.10		
IKM	-.32*	.29*	.02	.71*	
GLD	-.32*	-.27*	.10	-.33*	-.20
<i>spremenljivka</i>	starost	spol	izobr.	vrst.priz.	IKM

Opomba: \*  $p < 0,05$

tistih, ki se nanašajo na splošno zadovoljstvo z življenjem in aktualnim življenjskim položajem, (za)upanjem v prihodnost, občutke nemoči nasproti energetske polnosti, sposobnost sprejemanja odločitev in jasnost mišljenja. Vpliv spola je zajel petino postavk: čeprav so jih prežemali tudi občutki življenjske praznosti, delovanske zavrnosti in upadle potrebe po stikih, so bile na splošno starejše rehabilitandke manj depresivne, od moških so se razlikovale tudi v relativno večjem zadovoljstvu, v močnejših občutkih življenjske pripravljenosti in v večji sposobnosti odločanja. Komorbiditeta pa je bila povezana le z zaznavanjem večjih spominskih težav in izgubo zadovoljstva nad aktualnim življenjem, ne pa z depresivnostjo nasploh.

Kot je razvidno iz tabele 3 so rehabilitandi ocenili, da je kakovost njihovega življenja nekoliko boljša kot zmerna oziroma poprečna, torej »niti dobra niti slaba« ( $M = 3,27$ ). Rehabilitandi po poškodbi so kakovost svojega življenja sicer ocenili nekoliko nižje kot rehabilitandi po kapi ( $M = 3,19$  proti  $M = 3,36$ ), vendar ta razlika statistično ni bila pomembna.

Največje razlike med ocenami v korist rehabilitandov po kapi so bile na področjih socialnih odnosov in povezanosti z okoljem. Vsi rehabilitandi so najnižje so ocenili tiste vidike kakovosti njihovega življenja, ki se nanašajo na telesno ( $M = 2,99$ ) in psihološko področje ( $M = 3,12$ ), najvišje pa tiste, ki se nanašajo na področje socialnih odnosov ( $M = 3,60$ ) in vključenosti/povezanosti z okoljem ( $M = 3,35$ ). Med posameznimi postavkami so najnižje ocenili svojo sposobnost premikanja, neodvisnost od zdravljenja pri opravljanju vsakodnevnih opravil, sposobnost za delo, možnost, da se v prostem času posvetijo različnim dejavnostim in uživanje v življenju, najvišje pa pogoje bivanja,

Tabela 3: Skupne in poprečne ocene percipirane kakovosti življenja (WHOQOL – BREF)

področje		celotni vzorec	vzorec P	vzorec H
		( $N = 80$ )	( $N = 46$ )	( $N = 34$ )
telesno	$\Sigma M$	83,80	83,47	84,23
	$\bar{M}$	2,99	2,98	3,01
psihološko	$\Sigma M$	74,84	74,26	75,64
	$\bar{M}$	3,11	3,09	3,15
socialni odnosi	$\Sigma M$	43,20	41,30	45,76
	$\bar{M}$	3,60	3,44	3,81
povezanost z okoljem	$\Sigma M$	107,70	104,39	111,18
	$\bar{M}$	3,35	3,26	3,47
SKUPAJ	$\Sigma M$	309,54	303,44	316,82
	$\bar{M}$	3,26	3,19	3,36

Legenda: vzorec P – rehabilitandi po poškodbi; vzorec H – rehabilitandi po kapi

možnosti za prevoz, pomoč prijateljev, medosebne odnose in denarne možnosti za zadovoljitev potreb. Rehabilitandi po poškodbi so se v primerjavi z rehabilitandi po kapi počutili pri opravljanju nujnih opravil sicer manj ovirane zaradi bolečine, vendar pa so tudi navajali, da imajo manj energije za vsakdanje življenje, manj so bili zadovoljni s spancem in z medosebnimi odnosi, pa tudi s pomočjo prijateljev in pogoji bivanja.

Čeprav sta s starostjo naraščala nezadovoljstvo z življenjem in s spanjem, pogostejše pa je bilo tudi negativno čustvovanje, upadala pa sta sposobnost uživanja v življenju in občutenje življenjske energije, pa njen vpliv na percepcijo kakovosti življenja ni bil pomemben. (Wilksova  $\lambda = 0,00$ ;  $R = 1,08$ ;  $p < 0,18$ ). Ta vpliv se je uveljavil le v kombinaciji z ostalimi tremi neodvisnimi spremenljivkami, torej s spolom, vrsto prizadetosti in stopnjo komorbiditete (Wilksova  $\lambda = 0,47$ ;  $R = 2,24$ ;  $p < 0,006$ ).

Tudi spol ni imel statistično pomembnega vpliva na percepcijo kakovosti življenja, pa čeprav so ženske bolj nagibale k pozitivnejšim ocenam: svoje življenje so percipirale kot kakovostnejše, bolj zadovoljivo in smiselno, v njem so bolj uživale in so imele zanj več energije, bolj so bile zadovoljne s spancem, pa tudi nasploh s seboj, bolj pa so tudi pritrjevale stališču, da imajo na voljo dovolj podatkov za smotrne življenjske odločitve, bolj pa so bile tudi zadovoljne s spancem in seboj. Vrsta prizadetosti in komorbiditeta pa sta bili s to oceno povezani le v majhnem obsegu: rehabilitandi po kapi so se bolj pritoževali zaradi bolečin, hkrati pa so jih prežemali večji občutki varnosti, bolj pa so bili tudi zadovoljni s spanjem in s pogoji bivanja. Prav nezadovoljstvo s spanjem je bil tisti vidik kakovosti življenja, ki je povezoval vse širi neodvisne spremenljivke.

Odgovori na dve vprašanji glede zadovoljstva z rehabilitacijo in pričakovanji glede obnove sposobnosti, ki sem jih dodal lestvici WHOQOL-BREF kažejo, da je bilo prvo ( $M = 3,95$ ;  $SD = 0,74$ ) večje od drugega ( $M = 3,40$ ;  $SD = 1,04$ ). To pomeni, da so bili sicer za rehabilitacijo v poprečju zelo zadovoljni, vendar pa tudi bolj skeptični in razdvojeni glede dosege zaželenega cilja. Rehabilitandi po poškodbi so bili v primerjavi z rehabilitandi po kapi z rehabilitacijo manj zadovoljni, obetali pa so si tudi manjši uspeh pri obnovi sposobnosti. Vendar pa tako vrsta prizadetosti kot tudi starost, spol in stopnja komorbiditete niso pomembno vplivali na ti dve oceni.

V okviru analize povezav med vrednotami, depresijo in komorbiditeto ter njihovega vpliva na percipirano kakovost življenja se je najprej pokazalo, da vrednote rehabilitandov niso imele pomembnega vpliva na njihovo depresijo. Izračun multiple regresije je pokazal, da je bilo z doživljanjem depresivnosti povezano 18 vrednot. Vrednote niso vplivale na tiste postavke GDL oziroma na tista stališča, ki se nanašajo na opustitev dejavnosti in interesov, občutja pogostega dolgočasje, večinsko dobro razpoloženje, zaskrbljenost za prihodnost, težave pri lotevanju novih stvari in na težave z zbranostjo. Med vrednotami se je s stališči GDL najpogosteje povezovala vrednota "MOČ" v smislu sposobnosti ("borbe") za uveljavitev svoje volje; ta potenčna vrednota je bila namreč povezana z občutji življenjske praznine, prevlado občutka sreče, občutji nemoči, pogostostjo nemira ("živčnosti"), spominskimi težavami, doživljanjem brezupnosti položaja, oceno, da so drugi ljudje boljši in težavami z zbranostjo. Precej

manj očitne so bile povezave nekaterih izpolnitvenih, statusnih, hedonskih in moralnih vrednot z depresivnim ocenjevanjem samega sebe.

Vrednote niso imele pomembnega vpliva tudi na ocenjevanje kakovosti življenja. Iz izračuna multiple regresije je mogoče zaključiti, da so srednje cenjene varovalna in statusni vrednoti »POČITEK«, »UDOBNO ŽIVLJENJE« in »MOČ« najbolj vplivale na ocenjevanje splošne kakovosti življenja, zadovoljstva z življenjem, uživanja v življenju, potrebe po zdravljenju, sposobnosti za vsakdanje dejavnosti, življenjske energije, preskrbljenosti z denarjem, zadovoljstva s seboj, zadovoljstva z medosebnimi odnosi, zadovoljstva z bivalnimi pogoji in zadovoljstva z dostopnostjo zdravstvene pomoči. Sicer najbolj cenjeni vrednoti »OSEBNA VARNOST« in »SPOŠTOVANJE DRUŽBENIH NAČEL« sta vplivali zgolj na ocene smiselnosti življenja, občutja varnosti in zadovoljstva s pomočjo prijateljev. Najmanj cenjene vrednote »USTVARJALNI DOSEŽKI«, »VERA« in »NOVE IZKUŠNJE« pa so se odrazile v ocenah zdravja življenjskega okolja, zadovoljstva z odnosi, sposobnosti za vsakodnevna opravila, zadovoljstva s pomočjo prijateljev, zadostnostjo podatkov za vsakodnevno življenje in dostopnostjo zdravstvene pomoči. Najbolj izrazito se je vpliv vrednot pokazal pri ocenah zadovoljstva z medosebnimi odnosi in s pomočjo prijateljev.

Pač pa je na ocenjevanje kakovosti življenja pomembno vplivala depresija (Wilksova lambda = 0,00;  $R = 1,24$ ;  $p < 0,005$ ). Ta vpliv se je uveljavil tako pri skupni rehabilitandov po poškodbi kot pri tisti po kapi. Iz analize variance sledi, da se je depresija najbolj odrazila pri ocenjevanju kakovosti in zadovoljstva z življenjem, v pogostosti pojavljanja negativnih čustev, v (ne)zadovoljstvu z bivalnimi pogoji in v (ne)zadovoljstvu z medosebnimi odnosi. Pomembno je tudi vplivala na ocenjevanje energetske opremljenosti, zadovoljstva s pomočjo prijateljev in s seboj, varnosti in smiselnosti življenja ter uživanja v življenju. Najmanj pa je bila depresija navzoča pri ocenjevanju možnosti za dejavnosti v prostem času, možnosti za prevoz, zadovoljstva s spolnim življenjem in zadovoljstva s sposobnostjo za delo. Vpliv depresije je torej zajel predvsem psihološke vidike kakovosti življenja, medtem ko je bil najmanj očitno pri ocenjevanju kakovosti povezanosti z okoljem in pri ocenjevanju telesnih sposobnosti.

Bolj izrazita depresija rehabilitandov po poškodbi je značilno bolj vplivala na znižanje splošne ocene kakovosti življenja, povečanje vpliva bolečin v njihovem vsakdanjem življenju, znižanje občutkov energetske opremljenosti in manjše zadovoljstvo z bivanjskimi pogoji, manj pa na njihovo negativno čustvovanje, (ne)sposobnost uživanja v življenju, nezadovoljstvo z razpoložljivim denarjem in (ne)zadovoljstvo s sposobnostjo za delo.

## Razprava

Pričujoče proučevanje odnosa med vrednotnim sistemom starih rehabilitandov, njihovo depresijo, spremljajočim bolezenskim stanjem (komorbiditeto) in percepcijo kakovosti življenja je izhajalo iz naslednje domneve: ker telesna prizadetost in spremljajoče

bolezensko stanje ogrozita njihove potrebe in motive, se znajdejo v posebni emocionalni stiski, zaradi katere postane kognitivna reprezentacija teh potreb in motivov negotova, pride pa tudi do takšnih sprememb v hierarhiji osebnih vrednot, ki vplivajo na depresijo, z njo pa je povezano tudi znižanje percipirane kakovosti življenja.

Ugotovil sem, da je potrebno prvo raziskovalno hipotezo zavrniti, saj se je pokazalo, da vrednote starih rehabilitandov niso pogojevale njihovo depresijo. Na konceptualni ravni si je to mogoče razložiti z različnim pomenom in vlogo obeh sestavin osebnosti. Vrednote kot kognitivna reprezentacija najpomembnejših motivacijskih ciljev nimajo neposrednega vpliva na emocije, ki predstavljajo posebno obliko nevrofiziološko in mentalno posredovanega odziva na notranje in zunanje dražljaje. Vrednote in emocije starih rehabilitandov se torej lahko povezujejo le posredno preko situacijskih in zdravstvenih dejavnikov, kar se je v raziskavi tudi pokazalo in se ujema s siceršnjo ugotovitvijo, da povezava med kognicijo in emocijami pri starih ljudeh ni neposredna (Bielauskas, 1993; Hartke, 1986). Na empirični ravni pa je zavrnitev hipoteze utemeljena z dejstvom, da ni prišlo, kljub telesni prizadetosti in spremljajočim bolezenskim stanjem, do takšnih in tolikšnih sprememb v hierarhiji vrednot, ki bi pogojevale depresijo. S tem so se potrdila dosedanja spoznanja glede ohranjanja trdnosti in oblikovanosti vrednotnega sistema starih ljudi (Lešnik, 1992; Musek, 1993, 2000) oziroma takšne kognitivne reprezentacije njihovih motivov, ki služi identitetnim potrebam. Stari rehabilitandi so tako preferirali tiste vrednote moralnega in izpolnitvenega tipa, ki jim prinašajo največjo oporo pri ohranjanju celovitosti pogleda nase in smiselnosti njihove življenjske perspektive, to pa so vrednote osebne varnosti, medčloveške bližine oziroma povezovanja in vrednote tradicionalne etičnosti. Od dosedanjih ugotovitev odstopajoče visoko uvrščena vrednota »biti svoboden ( neodvisen)«, pa opozarja na značilen vpliv, z rehabilitacijsko situacijo okrepljen motiv, ki predstavlja tudi najbolj končni rehabilitacijski cilj starih rehabilitandov.

Dosedanjim ugotovitvam glede upadanja pomembnosti statusnih in hedonskih vrednot pri starih ljudeh (Musek, 1993, 2000), nasprotuje tudi ugotovitev, da se je pri proučevani skupini njihova pomembnost povečala. Razlog za to najbolje pojasnjuje njihova vsebina, saj se v njej odraža potreba starih ljudi po ohranitvi njihovega socialnega položaja in življenjske moči, ki ga potencialno ogrožajo posledice telesne prizadetosti. Vplivnost teh groženj potrjuje tudi ugotovitev, da so se na dno hierarhije vrednot uvrstile tiste samoaktualizacijske, spoznavne, statusne in hedonske vrednote, ki jih običajna življenjska izkušnja, pa tudi pričakovanja v starosti ne potrjujejo (na primer "nove izkušnje", "ustvarjalni dosežki") in jih zato prizadetost tudi ne ogrozi. Ugotovljeno povečanje pomena (nekaterih) statusnih in hedonskih vrednot se ujema z navedbami Rodina in Langerja (1976), da si stari ljudje prizadevajo, da bi ohranili osebni nadzor in odgovornost. Mogoče je torej domnevati, da igrajo pri starih rehabilitandih varovalno vlogo pred depresijo predvsem tiste vrednote, katerih zadovoljitev prinaša občutja pripadnosti in socialne moči, zadovoljstva z življenjem in upanja v lastno prihodnost. Odprava ali ublažitev grožnje po izgubi osebne nadzora in odgovornosti pa je tudi

pot, ki krepi te varovalne vrednote.

Ker vrednotne preference proučevanih starih rehabilitandov niso pomembno vplivale tudi na ocenjevanje kakovosti njihovega življenja, lahko to ugotovitev štejemo za potrditev dejstva, da gre za relativno neodvisni področji osebne motivacije. Za izboljšanje percepcije kakovosti življenja zato ni dovolj, da pride do hierarhične spremembe v njihovih vrednotah tako, kot tudi ni mogoče pričakovati, da bo izboljšana kakovost življenja prispevala k bistvenim spremembam v njihovem vrednotnem sistemu. Tisto, kar na to oceno vpliva, je lahko le osebno reflektirana drugačna življenjska izkušnja, zato je za rehabilitacijo bistvenega pomena, da jo poskuša tudi omogočiti. Vendar pa se zdi, da so tudi pri presojanju kakovosti življenja posredno bolj udeležene tiste, sicer srednje cenjene izpolnitvene, hedonske in statusne vrednote, ki se nanašajo na zagotavljanje mirnega in udobnega življenja, v katerem lahko stari ljudje uveljavljajo tudi lastno voljo kot pa tiste visoko cenjene varovalne in moralne vrednote, ki odražajo potrebe po varnosti in smiselnosti življenja. »Praktični« vidik kakovosti življenja starih rehabilitandov se je potemtakem izkazal kot pomembnejši od »duhovnega«.

Druga raziskovalna hipoteza je bila potrjena z ugotovitvijo, da je imela depresija starih rehabilitandov negativni vpliv na percepcijo kakovosti življenja oziroma, da je bila negativni prediktor percipirane kakovosti življenja. Vplivala je predvsem na znižanje tistih ocen, ki so se nanašale na psihološke in socialne, ne pa na telesne in okolne vidike kakovosti življenja. Ta ugotovitev potrjuje veljavnost socialnopsihoškega prilagoditvenega modela depresivnosti (Mc Neill in Lichtenberg, 1998) pri napovedovanju rehabilitacijskih rezultatov, sovpada pa tudi z ugotovitvami Clarka in Smitha (1998) in Kravetza in Floriana (1999), da je mogoče na osnovi depresivnosti starih ljudi napovedati slabšo sposobnost njihovega socialnega delovanja in psihološkega prilagajanja. Ugotovitev, da je bila depresivnost večja pri starih rehabilitandih, ki so utrpeli poškodbo, daje argument več za utemeljevanje njene situacijske pogojenosti. Posledice poškodbe namreč običajno pri starih ljudeh bolj posežejo v obvladovanje aktualnega in prihodnjega življenja, znižujejo zadovoljstvo z življenjem in upanje v prihodnost ter dvigujejo občutke nemoči. Na upravičenost takšnega zaključevanja kaže tudi nižja ocena kakovosti življenja rehabilitandov po poškodbi, zlasti na področjih socialnih odnosov in povezanosti z okoljem.

Raziskava je pokazala, da so bile najbolj ugodno ocenjene socialne dimenzije kakovosti življenja starih rehabilitandov povezane z ravno njihovih funkcionalnih sposobnosti, torej s sposobnostjo premikanja, samostojnostjo v vsakdanjih opravilih, sposobnostjo za delo(vanje) in z uživanjem v življenju. Na oceno kakovosti življenja so zato negativno vplivale telesne oziroma funkcionalne pomanjkljivosti in psihološko nezadovoljstvo, pozitivno pa percepcija dobrih socialnih odnosov in vključenosti oziroma povezanosti z okoljem, se pravi percepcija "socialne mreže". Nesporen pomen "socialne mreže" kot vrste medosebnih odnosov, ki z instrumentalno, informacijsko in osebno - vrednotno funkcionalno podporo pomagajo pri obvladovanju stresa, ohranjanju zdravja in podaljševanju življenja (Berkman, 1986; Kaplan in dr., 1988;

Kulik in Mahler, 1989), je torej mogoče razširiti tudi na ocenjevanje kakovosti življenja. Psihologično je namreč, da se v percipirani kakovosti življenja posredno odraža tudi uspešnost starih rehabilitandov pri obvladovanju bolezenskega oziroma poškodbenega stresa in pri obnovi zdravja kot tudi sposobnosti za vsakdanje delovanje in ohranitev dosedanjega načina življenja, pri čemer, kot sem ugotovil, sama starost nima pomembne vloge.

Raziskava ni potrdila upravičenost tretje hipoteze: pozitivna povezava med spremljajočim bolezenskimi stanji (komorbiditeto) in depresijo ni bila ugotovljena, tako kot tudi ne negativna povezava med njimi in percepcijo kakovosti življenja. Če upoštevamo Leventhalov samouravnavaoči model bolezenskega vedenja (Leventhal, 1997, cit. po Ogden, 2000), lahko to ugotovitev pojasnimo z dejstvom, da se pri osebni razlagi bolezenskega stanja stari rehabilitandi, ob lastni stresni izkušnji, opirajo predvsem na socialna sporočila terapevtov (diagnoze funkcionalnega stanja), povezana z razlogi za rehabilitacijsko obravnavo, ne pa percepcijo bolezenskih simptomov. V teh sporočilih so spremljajoča bolezenska stanja le drugotna sestavina rehabilitacijske diagnoze in tudi niso, razen ob zapletih, v ospredju rehabilitacijske pomoči. Zato so tudi spremembe v emocionalne stanju odvisne od kognitivne reprezentacije težav, ki so nastopile zaradi upada ali izgube funkcionalnih sposobnosti, ne pa zaradi spremljajočih bolezenskih stanj. Depresivni čustveni odziv je torej lahko povezan le z izkušnjo osebne in socialne oviranosti oziroma identitetno in socialno krizo, ki jo je v njihovo življenje prinesla telesna prizadetost (Moose in Schaefer, 1984, cit. po Ogden, 2000). Ker torej spremljajoča bolezenska nimajo neposrednega vpliva na depresijo, je razumljivo, da tudi ne morejo imeti vpliva na percepcijo kakovosti življenja.

Rezultati proučevanja torej navajajo na zaključek, da ima prediktivni pomen za percepcijo kakovosti življenja starih rehabilitandov le depresija, ne pa njihov vrednotni sistem in spremljajoča bolezenska stanja. Zato je potrebno rehabilitacijsko pomoč usmeriti k zdravstvenim in situacijskim dejavnikom, ko jo pogojujejo. To pa pomeni, da je mogoče na depresivnost starih rehabilitandov bolj vplivati s krepitvijo njihovih funkcionalnih sposobnosti in s takšno ureditvijo bivalnega okolja, ki krepi občutke njihove moči in pristojnosti, kot pa z logoterapevtskim svetovanjem pri spreminjanju njihovega vrednotnega sistema v okviru obvladovanja prizadetosti ali z kognitivno-vedenjsko terapijo.

Pomanjkljivosti raziskave izhajajo iz omejitev vzorca in metode. Ker so v raziskavi sodelovali le tisti, ki so želeli, so verjetno ocene stopnje depresivnosti nižje in percipirane kakovosti življenja višje kot bi bile sicer, če bi pritegnili vse rehabilitande, ki so izpolnjevali starostni pogoj. Kriterij kognitivne primernosti za vključitev v vzorec je bil utemeljen zgolj s kliničnim opazovanjem, zato ni bilo mogoče utemeljeno zaključevati glede prevalence depresivnosti pri starih rehabilitandih. Dobljenih rezultatov glede njihove depresivnosti tudi ni bilo mogoče objektivno interpretirati in posploševati, saj ni na voljo standardiziranih podatkov o klinični depresivnosti tako pri populaciji starih rehabilitandov kot pri splošni geriatrični populaciji. Enaka ugotovitev velja tudi za LV

za WHOQOL - BREF: pri prvi lestvici ni znana njena konstruktna veljavnost pri starih ljudeh, pri drugi pa je standardizacija za posamezne populacije šele v teku, pri čemer so se že pokazale nekatere konceptualne in tehnične omejitve vključno z dvomom v konstruktno veljavnost (na primer za osebe po kapi). Dobljenih podatkov zato ni bilo mogoče primerjalno ovrednotiti. Tudi ocena kakovosti življenja ima značaj izrazitega subjektivnega stališča, ne pa dejstva, saj v raziskavi niso bili upoštevani podatki o dejanskih življenjskih pogojih.

Nadaljnje proučevanje bi kazalo usmeriti k naslednjim vprašanjem: Kateri situacijski dejavniki najbolj vplivajo na depresivno doživljanje starih rehabilitandov? Kako vpliva njihova percepcija kakovosti življenja na obvladovalno vedenje po odpustu iz rehabilitacijskega programa? Kateri osebnostni in okolni dejavniki so pri tem udeleženi? Kateri rehabilitacijski pristopi imajo največji prediktivni pomen za obvladanje njihove depresivnosti? Katere situacijske intervencije najbolj ohranjajo kakovost njihovega življenja? Poleg tega bi bilo koristno standardizirati podatke glede depresivnosti in kakovosti življenja v populaciji starih ljudi, ki se vključujejo v programe geriatrične rehabilitacije.

## Literatura

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. in Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49 - 74.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bieliauskas, L.A. (1993). Psychological depression in the elderly in medical/ rehabilitation/ nursing care settings. *Neurorehabilitation*, 3 (1), 42 - 50.
- Berkman, L.F. (1986). Social networks, support and health: Taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, 132, 559 - 562.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P., Addey, M. in Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37 - 41.
- Campbell, A.J., Busby, W.J., Robertson, M.C., Lum, C.L., Langlois, J.A. in Morgan, F.C. (1994). Disease impairment, disability and social handicap: A community based study of people aged 70 years and over. *Disability and Rehabilitation*, 16, 72 - 79.
- Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L. in MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronical Diseases*, 40, 373 - 383.
- Clark, M.S. in Smith, D.S. (1998). The effects of depression and abnormal illness behaviour on outcome following rehabilitation from stroke. *Clinical Rehabilitation*, 12, 73 - 80.
- Dickerson, A.E. in Fisher, A.G. (1993). Age differences in functional performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 686 - 692.
- Drory, Y., Kravetz, S. in Florian, V. (1999). Psychosocial adjustment in patients after first acute myocardial infarction: the contribution of salutogenic and pathogenic variables. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 811 - 818.
- Fried, L.P. in Guralnik, J.M. (1997). Disability in older adults: Evidence regarding signifi-



- cance, etiology, and risk. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 92 - 100.
- Friedman, P. (1995). Stroke outcome in elderly people living alone. *Disability and Rehabilitation*, 17, 90 - 99.
- Hartke, J.R. (1991). *Psychological aspects of geriatric rehabilitation*. Gaithersburg, MA: Aspen.
- Indredavik, B., Bakke, F., Solberg, R., Rokseth, R., Haaheim, L.L. in Holme, I. (1991). Benefit of a stroke unit: A randomized controlled trial. *Stroke*, 22, 1026 - 1031.
- Jenike, M. (1988). Depression and other psychiatric disorders. V M.S. Albertin in M.B. Moss (ur.), *Geriatric Neuropsychology* (str. 149 – 162). New York: Guilford.
- Jongbloed, L. (1986). Prediction of function after stroke: A critical review. *Stroke*, 17, 756 - 776.
- Kaplan, G.A., Salonen, G.T. in dr. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 370 - 380.
- Kasl-Godley, J.E., Gatz, M. in Fiske, A. (1998). Depression and depression symptoms in old age. V I.H. Norhus (ur.), *Clinical Gerontopsychology* (str. 211 – 217). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaste, M., Palomaki, H. in Sarna, S. (1995). Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. *Stroke*, 26, 249 - 253.
- Kulik, J.A. in Mahler, H.I.M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221 - 238.
- La Buda, J. in Lichtenberg, P. (1999). The role of cognition, depression, and awareness of deficit in predicting geriatric rehabilitation patients' IADL performance. *Clinical Neuropsychology*, 13, 258 - 267.
- Lešnik, P. (1992). *Vrednote v odnosu do spola in starosti* [Values in relation to gender and age] (neobjavljena diplomska naloga [Unpublished BA thesis]). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. in Teri, L. (1985). An integrative theory of depression. V A. Rubin in B. Frank (ur.), *Advances in Behavior Therapy* (str. 331 - 359). New York: Academic Press.
- Lyons, A.R. (1997). Clinical outcomes in treatment of hip fractures. *American Journal of Medicine*, 105, 51 - 63.
- McCann, I.L. in Holmes, D.S. (1984). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1142 - 1147.
- McNeill, S. E. in Lichtenberg, P.A. (1998). Predictors for functional outcome in older rehabilitation patients. *Rehabilitation Psychology*, 43, 246 - 257.
- Moore, C. A., Lichtenberg, P.A. (1996). Neuropsychological prediction of independent functioning in a geriatric sample: A double cross-validation study. *Rehabilitation Psychology*, 41, 115 – 130.
- Musek, J. (1993). *Osebnost in vrednote* [Personality and values]. Ljubljana: Educy.
- Musek, J. (2000). *Nova psihološka teorija vrednot* [New psychological theory of values]. Ljubljana: Educy.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Penninx, A. in dr. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: Does type of disease play part? *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 521 - 534.
- Pogačnik, V. (1987). *Lestvica individualnih vrednot* [Individual values scale]. Ljubljana:

- Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, Center za psihodiagnostična sredstva.
- Rapp, S.R., Parisi, S.A., Walsh, D.A. in Wallace, C.E. (1988). Detecting depression in elderly medical inpatients. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 56, 503 - 513.
- Rocheach, M. (1973). *The nature of values*. New York: Free Press.
- Rodin, J. in Langer, E.J. (1976). Longterm effects of control-relevant intervention with institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 897 - 902.
- Rozzini, R., Frisoni, G.B., Ferrucci, L. in Barbisoni, P. (1997). Who are the older patients failing to recover mobility after rehabilitation? *Journal of American Geriatric Society*, 45, 250 - 251.
- Smyer, M.A, Qualls, S.H. (1999). *Aging and mental health*. Oxford: Blackwells.
- Sullivan, M., LaCroix, A., Baum, C., Resnick, A. Pabiniak, C., Grothaus, L., Katon, W. in Wagner, E. (1996). Coronary disease severity and functional impairments: How strong is the relation? *Journal of American Geriatric Society*, 44, 1461 - 1465.
- Zauszniewski, J.A. (1997). Teaching resourcefulness skills to older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, 32(2), 14 - 20.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): Position paper from WHO. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.
- WHO - Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1998). *WHO - QOL User Manual*.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum. O., Huang, V., Adez, M in Lerier, V. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37 – 49.

*Prispelo/Received: 23.12.2001*

*Sprejeto/Accepted: 20.03.2002*