

PSIHOFIZIČKO ZDRAVLJE ŽENA U SREDNJEM ODRASLOM DOBU¹

Biljana Trifunović², Jelena Šakotić-Kurbalija

Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Rezime

U cilju utvrđivanja razlika u percepciji psihofizičkog zdravlja između žena mlađeg, srednjeg i kasnog odraslog doba, prikupljeni su podaci na uzorku od 503 žene mlađeg (21 do 34 godine; $AS = 28.51$, $SD = 3.81$), srednjeg (35 do 55 godina; $AS = 44.09$, $SD = 5.79$) i kasnog odraslog doba (56 do 76 godina; $AS = 60.84$, $SD = 4.42$). Sve ispitanice su u bračnoj zajednici, a različitog su obrazovnog, radnog i materijalnog statusa. Za procenu različitih simptoma psihofizičkog zdravlja (poremećaja fizičkog zdravlja, straha i anksioznosti, depresivnih reakcija, umora i poremećaja socijalnog ponašanja) primenjena je Skala psihofizičkog zdravlja (Majstorović, 2011). Jednofaktorskom multivarijatom analizom varijanse utvrđeno je da su glavni efekti faktora starosti značajni na multivarijatom nivou. U odnosu na ispitanice mlađe dobi, kod ispitanica srednje odrasle dobi registruje se veći poremećaj fizičkog zdravlja, izraženiji su strah, anksioznost i depresivne reakcije, izraženiji je umor, kao i poremećaj socijalnog funkcionisanja. Dobijeni rezultati su u skladu sa nalazima većine prethodno sprovedenih studija, u kojima su identifikovane značajne relacije starosti sa različitim indikatorima fizičkog i mentalnog zdravlja. Lošiju percepciju zdravstvenog statusa ispitanica srednje i kasne odrasle dobi, u odnosu na mlađe, moguće je delimično pripisati efektima lošijeg bračnog funkcionisanja, kao i njihovom češćem suočavanju sa gubicima i strahom od smrti, što naročito može biti izraženo kod ispitanica kasne odrasle dobi. Praktični značaj istraživanja se ogleda u mogućnosti identifikovanja grupa ispitanica pod većim rizikom za razvoj različitih fizičkih, psiholoških i socijalnih problema, u cilju sprovođenja efektivnijih preventivnih programa.

Ključne reči: psihofizičko zdravlje, srednje doba, odraslo doba

¹ Istraživanje prikazano ovim radom predstavlja deo projekta „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“, koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije (ON179022).

² biljana.trifunovic@ff.uns.ac.rs

Uvod

Srednje odraslo doba predstavlja period kada je većina osoba te starosne dobi završila školovanje, pojavila se na tržištu rada, stupila u partnersku relaciju i dobila decu (Lachman, 2004; Woods & Mitchell, 1997). Ono se kod žena, naročito u modernom društvu, opisuje kao period koji karakterišu višestruke psihološke, socijalne i fiziološke promene (Williams & Kurina, 2002).

Žene u srednjem odraslom dobu su uglavnom suočene sa brojnim ulogama – većina je u braku, ili nekoj drugoj formi partnerske relacije, ima decu, radno je angažovana, obavlja kućne poslove, brine o ostarelim roditeljima, itd. U ovom životnom periodu porodica se menja, učestaliji su problematični odnosi sa decom adolescentskog uzrasta, deca napuštaju dom ili se vraćaju nazad (Fry, 2016; Jacobsen, Mather, & Dupuis, 2012); ostareli roditelji zahtevaju više nege usled pogoršanja njihovog zdravlja i funkcionisanja (Pierret, 2006; Pope, Kolomer, & Glass, 2012); može se povećati stres na poslu sa povećanjem radnog staža, obima posla, konflikata itd. (Majeed, Forder, Mishra, & Byles, 2015). Stoga, ovaj period može istovremeno biti percipiran i kao period preuzimanja novih uloga i doživljavanja novih iskustava (Helson & Soto, 2005), pri čemu promena uloga i nedefinisane uloge mogu kod žena dovesti do konfuzije i frustracije u vezi sa percepcijom i očekivanjima u vezi sa sobom, trenutnom životnom situacijom i budućnošću (Banister, 2000). Takođe, tranzicija u menopauzu – period koji uglavnom započinje početkom 40-ih godina, može značajno da utiče na različite aspekte funkcionisanja individue, te se tako npr. dovodi u vezu sa poremećajem navika spavanja (Hall, et al., 2014) i promenama raspoloženja (Woods & Mitchell, 2005). Klinički ova životna faza koincidira sa godinama kada počinju da se pojavljuju i hronični zdravstveni problemi (Ward, Schiller, & Goodman, 2014), poput srčanih problema (Stevens & Thomas, 2012).

Žene u srednjem dobu se suočavaju sa različitim vrstama stresora, kao što su zdravstveni, porodični, poslovni, finansijski problemi, itd., koji se dovode u vezu sa nižim kvalitetom života i nižim pozitivnim afektom, pri čemu se stres koji proističe iz partnerske relacije i radnog konteksta izdvaja kao snažan prediktor percipiranog nezadovoljstva u srednjem dobu (Avis, Assmann, Kravitz, Ganz, & Ory, 2004; Brim, Ryff, & Kessler, 2019;

Mrocze, & Kolarz, 1998). Takođe, žene srednje odrasle dobi, izveštavaju i o višem nivou percipiranog stresa koji je značajno povezan sa negativnom percepcijom fizičkih promena u vezi sa starenjem, i lošijom samoprocenom zdravstvenog statusa (Saucier, 2004).

Neke longitudinalne studije izveštavaju o tome da: fizičko zdravlje i kognitivne performanse pokazuju stabilan pad između 32 i 84 godine, dok zadovoljstvo životom pokazuje rastući trend od srednjeg do kasnog odraslog doba (Lachman, Teshale, & Agrigoroaei, 2015); postoji progresivni pad fizičkog zdravlja sa starenjem, uz istovremeno poboljšanje mentalnog zdravlja od mlađeg i srednjeg odraslog doba, do kasnog doba, kada se registruje njegovo značajno pogoršanje (Mishra, Hockey, & Dobson, 2014); odnosno, da se mentalno zdravlje poboljšava nakon srednjeg doba, dostižući svoj maksimum u 60-im godinama, dok se fizičko zdravlje sa starenjem pogoršava, pri čemu se najveće pogoršanje registruje nakon 60-e godine (Jokela et al., 2010).

Rezultati prethodno pomenutih longitudinalnih studija ukazuju na to da, iako se fizičko funkcionisanje generalno pogoršava sa starenjem, mentalno zdravlje ostaje stabilno ili se čak poboljšava od srednjeg do kasnog odraslog doba, što je u suprotnosti sa rezultatima istraživanja u kojem je pronađena pozitivna korelacija starosti i učestalosti mentalnih poremećaja, koju autori objašnjavaju smanjenjem fizičke snage i energije i većoj vulnerabilnosti starijih osoba za doživljavanje stresa, mentalnih i fizičkih bolesti (Noorbala, Yazdi, Yasamy, & Mohammad, 2004), kao i studijama čiji rezultati govore u prilog tome da žene mogu biti naročito vulnerabilne za razvoj depresivnih (Bromberger, Kravitz, Matthews, Youk, Brown, & Feng, 2009; Cohen, Soares, Vitonis, Otto, & Harlow, 2006; Freeman, Sammel, Lin, & Nelson, 2006) i anksioznih poremećaja (Bromberger et al., 2013) tokom srednjeg doba.

Dodatno, razmatrajući rezultate o povezanosti starenja sa lošijim fizičkim zdravljem, neophodno je istaći da, iako postoji svesnost o kompleksnoj relaciji percepcije zdravlja i objektivnog zdravstvenog statusa, i dalje nije u potpunosti jasna relacija starenja sa percepcijom zdravstvenog statusa, uzimajući u obzir da rezultati pojedinih istraživanja sugerišu da individue kasne odrasle dobi pozitivnije procenjuju svoje zdravlje, u odnosu na mlađe individue, jer pri proceni sopstvenog zdravstvenog statusa koriste svoju starosnu grupu kao referentnu kategoriju (Pinquart, 2001), te da žene

imaju tendenciju da izveštavaju o lošijem zdravstvenom statusu u poređenju sa muškarcima (Cherepanov, Palta, Fryback, & Robert, 2010). Navedeni istraživački nalazi ukazuju da samoprocena zdravlja jeste značajno povezana sa objektivnim zdravstvenim stanjem, ali da nije u potpunosti determinisana njim. Dakle, delimično ostaje nerazjašnjen efekat starenja na samoprocenu zdravstvenog statusa.

Uzimajući u obzir da, uprkos naprecima u ovoj oblasti istraživanja, i dalje postoji relativno mala informisanost o jedinstvenim iskustvima žena u srednjem odraslom dobu, te njihovom uticaju na zdravlje, koje podrazumeva ne samo fizičku, već i psihološku i socijalnu komponentu, cilj ovog istraživanja predstavlja sticanje uvida u specifičnosti psihofizičkog zdravlja žena u srednjem odraslom dobu, ispitivanjem razlika u percepciji psihofizičkog zdravlja između žena mlađeg, srednjeg i kasnog odraslog doba. Budući da i odrasle osobe prilikom samoprocene, takođe, navode da srednje doba počinje između 35 i 45 godina, a završava se između 55 i 60 godina (Brim, Ryff, & Kessler, 2004; Lachman, et al., 2015; Woods & Mitchell, 1997), i u ovom istraživanju su kategoriju žena u srednjem dobu činile ispitanice starosti od 35 do 55 godina.

Metod

Uzorak i postupak

Istraživanjem su obuhvaćene 503 žene u bračnoj zajednici, starosti između 21 i 76 godina ($AS = 42.89$, $SD = 12.87$). Ispitanice su, prema starosti, podeljene u tri grupe: mlađe odraslo doba (od 21 do 34 godine; $AS = 28.51$, $SD = 3.81$), srednje odraslo doba (od 35 do 55 godina; $AS = 44.09$, $SD = 5.79$), i kasno odraslo doba (od 56 do 76 godina; $AS = 60.84$, $SD = 4.42$). Najveći broj ispitanica, obuhvaćenih ovim istraživanjem, je srednje odrasle dobi (41.6%), nešto manji broj pripada mlađem odraslom dobu (33.2%), dok je najmanji broj ispitanica u kasnom odraslom dobu (25.5%).

Ispitanice mlađe odrasle dobi su u bračnoj relaciji od 11 meseci do 17 godina ($AS = 6.41$, $SD = 4.44$), ispitanice srednje odrasle dobi od jedne do 35 godina ($AS = 18.83$, $SD = 7.32$), dok su ispitanice kasne odrasle dobi u braku od četiri do 50 godina ($AS = 32.05$, $SD = 7.77$).

Najveći broj ispitanica mlađe odrasle dobi nema decu (33.5%), ili ima jedno (28.7%), odnosno dvoje dece (30.5%), dok najmanji broj ispitanica

ove starosne dobi ima troje dece (7.2%). Najveći broj ispitanica srednje odrasle dobi ima dvoje dece (58.9%), manji broj ima jedno (20.1%), ili troje dece (12.9%), dok najmanji broj njih nema decu (4.8%), ili ima četvero dece (3.3%). Kada su u pitanju ispitanice kasne odrasle dobi, najveći broj njih ima dvoje dece (54.3%), manji broj njih ima jedno dete (18.9%), odnosno nema dece (16.5%), dok najmanji broj njih ima troje (8.7%), odnosno četvero dece (1.6%).

Istraživanjem su obuhvaćene ispitanice različitog obrazovnog, radnog, stambenog i materijalnog statusa (Tabela 1), pri čemu se identifikuju razlike između tri grupe ispitanica u: obrazovnom statusu ($\chi^2(10) = 20.11$, $p < .05$), ispitanice mlađe i srednje odrasle dobi imaju viši obrazovni status u odnosu na ispitanice kasne odrasle dobi; radnom statusu ($\chi^2(10) = 230.12$, $p < .01$), pri čemu je veći broj ispitanica srednje odrasle dobi zaposlen, u odnosu na ispitanice mlađe odrasle dobi; i stambenom statusu ($\chi^2(6) = 83.54$, $p < .01$), veći broj ispitanica srednje i kasne dobi ima vlastiti stan, u poređenju sa ispitanicama mlađe dobi, koje sa partnerima češće žive kod roditelja, ili su podstanari. Razlike u proceni materijalnog statusa, između tri grupe ispitanica, nisu registrovane ($\chi^2(8) = 9.57$, $p > .05$).

Tabela 1

Deskriptivne karakteristike uzorka ispitanica (N = 503)

Deskriptivne karakteristike	
Obrazovanje ispitanica	Nezavršena osnovna škola (0.4%), niža stručna sprema (6%), srednja stručna sprema (58.6%), viša stručna sprema (10%), visoka stručna sprema (23.5%), magistarske/doktorske studije (1.6%)
Radni status ispitanica	Domaćica (17.5%), trenutno nezaposlena/traži posao (11%), zaposlena na određeno vreme (10.4%), zaposlena „za stalno“ (44.7%), (su)vlasnica firme (4.8%), u invalidskoj penziji (11.6%)
Materijalni status	Znatno ispodprosečan (11.3%), nešto ispodprosečan (18.1%), prosečan (45.3%), nešto iznadprosečan (20.9%), znatno iznadprosečan (4.4%)
Stambeni status	Kod roditelja (14.5%), podstanari (10%), u vlastitom stanu (75.5%)

Ispitivanje je sprovedeno na teritoriji Republike Srbije, uz pomoć stručnih saradnika u vrtićima, osnovnim i srednjim školama, i ginekološkim ordinacijama. Zainteresovane ispitanice su baterije upitnika popunjavale individualno, u kućnim uslovima, a zatim su ih u koverti vraćale stručnim saradnicima u datim ustanovama. Svim ispitanicama je pre administriranja baterije upitnika objašnjen cilj ispitivanja, kao i anonimnost učešća u istom.

Instrumenti

Skala psihofizičkog zdravlja (SPFZ-1; Majstorović, 2011) se sastoji iz 23 ajtema, kojima se procenjuje stepen prisustva simptoma psihosomatskih tegoba. Na četvorostepenoj skali Likertovog tipa (1 = “ne, nisam”; 2 = “da, ali retko”; 3 = “da, često”; 4 = “da, svakodnevno”), ispitanici procenjuju u kojoj meri su iskusili ponuđene simptome, u proteklih nekoliko nedelja. Pored sumacionog skora ($\alpha = .94$), koji predstavlja opšte psihofizičko zdravlje ispitanika, mogu se izračunati i supskalni skorovi koji se odnose na pet različitih aspekata psihofizičkog zdravlja:

- 1) poremećaji fizičkog zdravlja (npr. *U poslednjih nekoliko nedelja, da li ste imali stomachne ili druge probleme sa probavom (gastritis i sl.)?*), $\alpha = .66$
- 2) strah i anksioznost (npr. *U poslednjih nekoliko nedelja, da li ste bili uplašeni bez nekog razloga?*), $\alpha = .78$
- 3) depresivne reakcije (npr. *U poslednjih nekoliko nedelja, da li ste imali utisak da je to što radite izgubilo smisao?*), $\alpha = .77$
- 4) poremećaj socijalnog ponašanja (npr. *U poslednjih nekoliko nedelja, da li ste postali nestrpljivi sa drugima?*), $\alpha = .72$
- 5) umor (npr. *U poslednjih nekoliko nedelja, da li ste imali utisak da ste umorni bez vidljivog razloga?*), $\alpha = .81$.

Rezultati

Deskriptivni statistički parametri su predstavljeni tabelom 2. Vrednosti spljoštenosti i zakošenosti se kreću u preporučenom opsegu (± 2 ; Finney & DiStefano, 2006), za sve subskale Upitnika za procenu psihofizičkog zdravlja, izuzev za subskalu depresivnih reakcija. Distribucija

subskale depresivnih reakcija je pozitivno asimetrična, odnosno, većina ispitanica je odgovorila malim vrednostima na ovoj subskali, te je u skladu sa preporukama Tabachnicka i Fidella (2007), primenjena odgovarajuća metoda transformacije (Logaritam), pri čemu su u daljoj analizi korišćene transformisane vrednosti na subskali depresivnih reakcija.

Tabela 2

Deskriptivni statistički parametri za Upitnik procene psihofizičkog zdravlja (N = 503)

Subskala	Minimum	Maximum	<i>AS</i>	<i>SD</i>	Skjunis	Kurtozis
Poremećaj fizičkog zdravlja	3	12	5.66	2.37	0.72	-0.46
Stres i anksioznost	5	20	8.17	3.15	1.39	1.89
Depresivne reakcije	5	20	6.94	2.66	2.23	6.14
Umor	5	20	8.93	3.46	0.79	0.04
Poremećaj socijalnog ponašanja	5	19	7.74	2.48	1.36	1.45

Jednofaktorskom MANOVA-om istražene su razlike između ispitanica mlađe, srednje i kasne odrasle dobi u domenu psihofizičkog zdravlja. Preliminarnim ispitivanjem proverene su pretpostavke o normalnosti, linearnosti, univarijatnim i multivarijatnim autlajerima, homogenosti matrica varijanse-kovarijanse i multikolinearnosti, pri čemu nije registrovano ozbiljnije narušavanje pretpostavki.

Rezultati pokazuju da su glavni efekti faktora starosti, značajni na multivarijantnom nivou ($F(5, 496) = 4.01, p < .001, \eta_p^2 = .04$). Statističku značajnost (po Bonferronijevom prilagođenom nivou značajnosti od $p < .001$), sa malim do srednjim efektom razlike (Cohen, 1988), dosegle su sve promenljive (Tabela 3).

Naknadna poređenja, pomoću post hoc (Bonferroni) analize, su izvršena u cilju utvrđivanja razlika između ispitanica različitih starosnih grupa u procenjivanim aspektima psihofizičkog zdravlja (Tabela 4). Značajne razlike su identifikovane između ispitanica mlađe odrasle dobi sa jedne strane, i ispitanica srednje i kasne odrasle dobi, sa druge strane, pri čemu se kod ispitanica mlađe odrasle dobi registruje manji poremećaj

fizičkog zdravlja, niži strah i anksioznost, manje depresivnih reakcija, manji umor i manji poremećaj fizičkog funkcionisanja, u poređenju sa preostale dve grupe ispitanica (Prilog A, Tabela A1).

Tabela 3

Razlike na subskalama upitnika za procenu psihofizičkog zdravlja između tri grupe ispitanica (mlađeg, srednjeg i kasnog odraslog doba): univarijatni efekti

Faktor	Subskala		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	ηp^2
Starost	Poremećaj fizičkog zdravlja		9.22	2	.00	.04
	Stres i anksioznost		6.73	2	.00	.03
	Depresivne reakcije		12.46	2	.00	.05
	Umor		8.82	2	.00	.03
	Poremećaj socijalnog ponašanja		14.24	2	.00	.06

Tabela 4

Razlike između ispitanica različitih starosnih grupa u procenjivanim aspektima psihofizičkog zdravlja

		Razlika između AS				
Starosna kategorija		Poremećaj fizičkog zdravlja	Strah i anksioznost	Depresivne reakcije	Umor	Poremećaj socijalnog funkcionisanja
Mlađe doba	Srednje doba	-1.00*	-0.98*	-0.05*	-1.57*	-0.81*
	Kasno doba	-0.82*	-1.20*	-0.07*	-1.87*	-1.14*
Srednje doba	Kasno doba	0.19	-0.21	-0.02	-0.30	-0.33

* $p < .001$

Diskusija

Na osnovu rezultata sprovedenog istraživanja, može se zaključiti da ispitanice mlađe odrasle dobi izveštavaju o manjem poremećaju fizičkog zdravlja, manjem strahu i anksioznosti, manje učestalim depresivnim reakcijama, manjem umoru, te manjem poremećaju socijalnog funkcionisanja, u odnosu na ispitanice srednje i kasne odrasle dobi. Dobijeni rezultati su u skladu sa rezultatima većine prethodno sprovedenih studija, u kojima su identifikovane značajne relacije starosti sa različitim indikatorima

fizičkog i mentalnog zdravlja (Kim & Lee, 2007; Sharifi, Anoosheh, Foroughan, & Kazemnejad, 2014; Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci, & Zonderman, 2013; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010).

Identifikovane razlike u ispitivanim simptomima psihofizičkog zdravlja između ispitanica mlađe dobi, sa jedne strane, i ispitanica srednje i kasne dobi, sa druge, se mogu objasniti posredstvom različitih životnih situacija, okolnosti i psiholoških procesa koji karakterišu različite životne faze. Pre svega, percepcija lošijeg fizičkog funkcionisanja kod ispitanica kasne odrasle dobi, u poređenju sa ispitanicama mlađe dobi, je donekle očekivana s obzirom na to da se sa biološkim starenjem povećava učestalost zdravstvenih tegoba. Sa druge strane, neka istraživanja su izveštavala i o tome da je kod ispitanika starosti preko 60 godina registrovana pozitivnija percepcija zdravstvenog statusa u odnosu na mlađe ispitanike (Pinquart, 2001), međutim, ova razlika je u potpunosti bila objašnjena brojem objektivnih simptoma i obrazovnim statusom (Cockerham, Sharp, & Wilcox, 1983). Takođe, percepcija lošijeg fizičkog funkcionisanja kod ispitanica srednje i kasne odrasle dobi, u poređenju sa ispitanicama mlađe odrasle dobi, se može objasniti i preko percepcije kvaliteta bračnog odnosa, specifičnije, samog zadovoljstva bračnom relacijom, s obzirom na to da veliki broj istraživanja ukazuje na značajnu povezanost različitih aspekata kvaliteta bračnog odnosa, naročito zadovoljstva brakom i kvaliteta komunikacije, sa percepcijom zdravstvenog statusa (Bookwala, 2005; Hawkins & Booth, 2005; Šakotić-Kurbalija i Trifunović, 2019; Whisman, Uebelacker, & Bruce, 2006).

Naime, veliki broj istraživanja ukazuje na značajnu povezanost starosti i kvaliteta braka, pri čemu se navodi da kvalitet braka zavisi od pripadnosti određenom bračnom razdoblju (Šakotić-Kurbalija, 2013), odnosno opada sa godinama, pri čemu je posebno značajan pad nakon deset godina braka (Kurdek, 1999), čime se potencijalno mogu objasniti identifikovane razlike u proceni fizičkog funkcionisanja između ispitanica mlađe dobi, u odnosu na ispitanice srednje i kasne odrasle dobi. Takođe, jednom meta-analizom je utvrđena povezanost roditeljstva i zadovoljstva brakom, pri čemu partneri koji imaju decu izveštavaju o nižem zadovoljstvu bračnim odnosom u poređenju sa partnerima bez dece, te da postoji negativna korelacija između zadovoljstva vezom i broja dece (Twenge,

Campbell & Foster, 2003). Uzimajući u obzir da većina ispitanica mlađe odrasle dobi nema decu, ili ima jedno dete, u poređenju sa najvećim brojem ispitanica srednje i kasne odrasle dobi koje imaju dvoje dece, može se pretpostaviti da žene srednje i kasne odrasle dobi mogu biti manje zadovoljne partnerskom relacijom, što može uticati na percepciju lošijeg fizičkog funkcionisanja. Konkretno, ispitanice srednjeg doba u najvećem broju imaju decu adolescentskog uzrasta, što predstavlja razvojnu fazu koja pred bračne partnere stavlja velike zahteve za promene, što može uzrokovati različite bračne probleme, koji akumulirani mogu prerasti u krizu, i uticati na smanjenje zadovoljstva relacijom i učestalije konflikte (Valliant & Valliant, 1993). Budući da se učestaliji bračni konflikti, kao i smanjeno zadovoljstvo bračnim odnosom, dovode u vezu sa rizičnim zdravstvenim ponašanjima poput zloupotrebe alkohola (Whisman, et al., 2006), pušenjem (Fleming, White, & Catalano, 2010) i korišćenjem prepisanih lekova u nemedicinske svrhe (Homish, Leonard, & Cornelius, 2010), te značajnim povišenjem krvnog pritiska (Holt-Lunstad, Birmingham, & Jones, 2008), padom imunog funkcionisanja (Jaremka, Glaser, Malarkey, & Kiecolt-Glaser, 2013) i upalnim procesima (Kiecolt-Glaser, Gouin, & Hantsoo, 2010), moguće je lošiju percepciju zdravstvenog statusa ispitanica srednje dobi delimično pripisati efektima potencijalno lošijeg bračnog funkcionisanja.

U skladu sa rezultatima studija koji govore u prilog tome da žene tokom srednjeg doba mogu biti naročito vulnerabilne za razvoj depresivnih (Bromberger, et al., 2009; Cohen, et al., 2006; Freeman, et al., 2006) i anksioznih poremećaja (Bromberger et al., 2013), u ovom istraživanju je najmanja učestalost depresivnih reakcija, kao i anksioznosti, identifikovana u mlađem odrasлом dobu, u odnosu na srednje i kasno odraslo doba u kojima je identifikovano veće prisustvo depresivnih reakcija i anksioznosti. Međutim, dobijeni rezultati u ovoj studiji nisu saglasni sa rezultatima pojedinih istraživanja koji ukazuju na to da su depresivni simptomi učestaliji u mlađem i kasnom odrasлом dobu, odnosno da učestalost depresivnih simptoma opada u srednjem odrasлом dobu (Fiske, Gatz, & Pedersen, 2003; Kessler, Foster, Webster, & House, 1992). Uzimajući u obzir neka prethodno sprovedena istraživanja koja ukazuju na to da nivo depresivnih simptoma zavisi od različitih sociodemografskih varijabli, uključujući nivo obrazovanja (Kim & Durden, 2007; Miech, & Shanahan, 2000), pri čemu se niži obrazovni status dovodi u vezu sa većim brojem

depresivnih simptoma, registrovana manja učestalost depresivnih reakcija kod žena mlađe dobi u ovom istraživanju, bi se potencijalno mogla objasniti registrovanim višim obrazovanjem kod ispitanica ove starosne grupe. Međutim, veća učestalost depresivnih reakcija kod ispitanica srednje odrasle dobi, u odnosu na mlađe ispitanice, se ne može objasniti na ovaj način, s obzirom na to da i ispitanice srednje dobi imaju u najvećoj meri visoko obrazovanje.

Učestalije depresivne reakcije, naročito kod žena u kasnom dobu, u skladu sa rezultatima istraživanja koji ukazuju na to da osobe sa hroničnim bolestima (Fiske et al., 2003) i funkcionalnim ograničenjima (Dunne, Wrosch, & Miller, 2011) mogu češće doživljati depresivne simptome, naročito somatske prirode, mogu se delimično objasniti i promenama u zdravstvenom statusu. Pored učestalijeg doživljavanja depresivnih simptoma, koji delimično mogu biti posledica pogoršanja zdravstvenog stanja sa godinama, u nekim istraživanjima se izveštava da se sa godinama, takođe, povećava i depresivni afekat (Sutin et al., 2013). Ovim nalazima idu u prilog i rezultati istraživanja koji ukazuju na to da se generalna tendencija ka doživljavanju negativnog afekta povećava sa godinama sa jedne strane, uz istovremeno opadanje blagostanja, sa druge strane, što takođe može predstavljati faktore koji doprinose učestalijim depresivnim reakcijama žena u kasnom odrasлом dobu, u poređenju sa ženama mlađe odrasle dobi. Međutim, uzimajući u obzir rezultate prethodno sprovedenih istraživanja koji ukazuju na to da ni funkcionalna ograničenja, kao ni fizičke bolesti ne mogu u potpunosti da objasne povećanje depresivnih simptoma u kasnijem odrasлом dobu, vrlo je verovatno da postoje dodatni faktori koji deluju kao medijatori ovog odnosa, pri čemu je neophodna detaljnija procena fizičkog funkcionisanja, kako bi se otpisala mogućnost povećanja depresivnih simptoma sa godinama isključivo usled pogoršanja fizičkog zdravlja.

Veća učestalost depresivnih simptoma kod ispitanica srednje i kasne odrasle dobi može biti povezana sa različitim vrstama gubitaka, karakterističnim za različite životne faze. Naime, u srednjem dobu ovi gubici se mogu odnositi na gubitak roditelja, dok u kasnom dobu mogu predstavljati gubitak prijatelja, mreže socijalne podrške, zaposlenja, prihoda itd., koji se dovode u vezu sa većim prisustvom depresivnih simptoma (Lynch & George, 2002; Rothermund & Brandtstadter, 2003)

Na sličan način se mogu objasniti i identifikovane razlike u anksioznosti i strahu, s obzirom na to da se kod osoba sa anksioznim poremećajima registruju viši nivoi depresivnosti (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Takođe, istraživanja ukazuju na to da je anksioznost visoko komorbidna i sa fizičkim bolestima kod starije populacije (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Dakle, viši stepen anksioznosti i straha kod ispitanica srednje i kasne odrasle dobi, u odnosu na ispitanice mlađe odrasle dobi može biti u vezi sa percepcijom lošijeg zdravstvenog statusa i zabrinutosti za isti, te strahom od smrti, koji naročito može biti izražen kod ispitanica kasne odrasle dobi.

Identifikovane razlike u stepenu percipiranog umora između ispitanica mlađeg i srednjeg, odnosno kasnog doba se delimično mogu objasniti na nekoliko načina. Pre svega, identifikovane razlike u stepenu umora se mogu objasniti i preko prethodno identifikovanih razlika u percepciji zdravstvenog statusa, s obzirom na to da je umor često pratilac različitih fizičkih tegoba. Takođe, uzimajući u obzir da je prosečna starost žena kasne odrasle dobi u ovom istraživanju oko 60 godina, te da je veliki broj njih i dalje radno angažovan, te ima duži radni staž u odnosu na ispitanice mlađe dobi, identifikovane razlike se potencijalno mogu objasniti i na ovaj način. Sa druge strane, žene u srednjem dobu su suočene istovremeno sa različitim porodičnim i poslovnim odgovornostima, uključujući podizanje dece, brigu o starijim roditeljima i ispunjenju poslovnih zaduženja. Dakle, ovi raznovrsni zadaci se mogu "takmičiti" za njihove ograničene mentalne i fizičke resurse, što može uticati na povećanje umora, a takođe dovesti i do smanjenja životnog zadovoljstva, što je potvrđeno u prethodnim istraživanjima (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000).

Razlike u poremećaju socijalnog funkcionisanja između ispitanica mlađe odrasle dobi, sa jedne strane, i ispitanica srednje i kasne odrasle dobi, sa druge strane, mogu se objasniti na sličan način. Naime, razmatrajući prethodno navedene odgovornosti sa kojima su suočene žene u srednjem odraslom dobu, moguće je da izvršavanje svih porodičnih i poslovnih zadataka ne ostavlja puno prostora za održavanje socijalnih veza u onom stepenu u kojem bi ispitanice to želele. U ovom periodu žene mogu biti više okrenute ka bračnom partneru, jer bi u ovom periodu potreba za partnerovom pomoći sa instrumentalnim zadacima trebala da bude najviša

(Li & Fung, 2011), a neslaganja sa partnerom mogu dovesti do osećanja socijalne izolacije i usamljenosti (Dykstra & Fokkema, 2007). Sa druge strane, identifikovan viši stepen poremećaja socijalnog funkcionisanja kod ispitanica kasne odrasle dobi, može biti povezan sa potencijalnim gubitkom prijatelja usled različitih bolesti i posledično smanjenjem socijalne mreže, kao i nedostatkom doživljaja bliskosti i povezanosti sa decom, koji su najčešće okrenuti svojim porodicama i izvršavanju velikog broja porodičnih i poslovnih obaveza.

Rezultati ovog, ali i sličnih istraživanja, koja za cilj imaju ispitivanje karakteristika psihofizičkog zdravlja žena u odraslom dobu mogu imati važne praktične implikacije, uzimajući u obzir posledice koje različiti aspekti psihofizičkog zdravlja mogu imati na različite aspekte funkcionisanja, uključujući sposobnost suočavanja sa stresom, kvalitet života, opšte blagostanje itd. Identifikovanjem grupa ispitanica koje mogu biti pod većim rizikom za razvojem različitih fizičkih, psiholoških i socijalnih problema, bilo bi moguće sprovoditi efektivnije programe primarne prevencije, dopuniti i unaprediti postojeće programe podrške i pomoći, koji bi bili posebno kreirani i prilagođeni ispitanicama u određenim životnim fazama. Takođe, kako bi se povećala efektivnost takvih programa, bilo bi neophodno u budućim istraživanjima ispitati i uticaj različitih životnih situacija i okolnosti, koje karakterišu određene životne faze, na perceiverane aspekte psihofizičkog zdravlja.

S obzirom na to da su ovim istraživanjem obuhvaćene samo žene, preporuka je da buduća istraživanja budu sprovedena i na muškom uzorku, kako bi se dobila potpunija slika o specifičnostima psihofizičkog zdravlja individua u različitim životnim fazama. Dodatno, razmatrajući rezultate istraživanja koja govore o fluktuaciji bračnog zadovoljstva tokom različitih faza u razvoju porodici i njegove povezanosti sa različitim aspektima psihofizičkog zdravlja, bilo bi korisno u budućim istraživanjima detaljnije ispitati povezanost ovih konstrukata tokom različitih životnih faza, što bi moglo imati značajne praktične implikacije i u domenu bračnog i porodičnog savetodavnog rada.

Literatura

- Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278-293.
- Avis, N. E., Assmann, S. F., Kravitz, H. M., Ganz, P. A., & Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: Assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13(5), 933-946.
- Banister, E. M. (2000). Women's midlife confusion: "Why am I feeling this way?". *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 745-764.
- Bookwala, J. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 85-104.
- Brim, O. G., Ryff, C. D., & Kessler, R. C. (2004). *How healthy are we? The MIDUS national survey: An overview*. University of Chicago Press.
- Brim, O. G., Ryff, C. D., & Kessler, R. C. (2019). *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. University of Chicago Press.
- Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Chang, Y., Randolph Jr, J. F., Avis, N. E., Gold, E. B., & Matthews, K. A. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause (New York, NY)*, 20(5), 488-501.
- Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Matthews, K., Youk, A., Brown, C., & Feng, W. (2009). Predictors of first lifetime episodes of major depression in midlife women. *Psychological Medicine*, 39(1), 55-64.
- Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., & Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*, 19(8), 1115-1124.
- Cockerham, W. C., Sharp, K., & Wilcox, J. A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 38(3), 349-355.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: The Harvard study of moods and cycles. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 385-390.
- Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*, 30(6), 763-781.
- Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1-12.
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Structural equation modeling: A second course. In: Hancock, G. R., & Mueller, R. O. (Eds.), *Non-normal and categorical data in structural equation modeling* (pp. 269-314). Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: The effects of illness and non-health-related events. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 20-328.
- Fleming, C. B., White, H. R., & Catalano, R. F. (2010). Romantic relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 153-167.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Nelson, D. B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 375-382.
- Fry, R. (2016). For First Time in Modern Era, Living with Parents Edges out Other Living Arrangements for 18-to 34-Year-Olds: Share Living with Spouse or Partner Continues to Fall. *Pew Research Center*.
- Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.

- Helson, R., & Soto, C. J. (2005). Up and down in middle age: Monotonic and nonmonotonic changes in roles, status, and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2), 194.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239-244.
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2010). Individual, partner and relationship factors associated with non-medical use of prescription drugs. *Addiction*, 105(8), 1457-1465.
- Jacobsen, L. A., Mather, M., & Dupuis, G. (2012). Household change in the United States. *Population Bulletin*, 67(1), 12-36.
- Jaremka, L. M., Glaser, R., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Marital distress prospectively predicts poorer cellular immune function. *Psychoneuroendocrinology*, 38(11), 2713-2719.
- Jokela, M., Ferrie, J. E., Gimeno, D., Chandola, T., Shipley, M. J., Head, J., & Kivimäki, M. (2010). From midlife to early old age: Health trajectories associated with retirement. *Epidemiology*, 21(3), 284-301.
- Kessler, R. C., Foster, C., Webster, P. S., & House, J. S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and Aging*, 7(1), 119-131.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J. P., & Hantsoo, L. (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 33-38.
- Kim, J., & Durden, E. (2007). Socioeconomic status and age trajectories of health. *Social Science and Medicine*, 65(12), 2489-2502.
- Kim, S. Y., & Lee, J. I. (2007). A study on aging anxiety, depression, and self-esteem of middle-aged people. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 14(1), 103-109.
- Kurdek, L.A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35(5), 1283-1296.
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331.

- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 20-31.
- Lynch, S. M., & George, L. K. (2002). Interlocking trajectories of loss-related events and depressive symptoms among elders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(2), 117-125.
- Majeed, T., Forder, P., Mishra, G., & Byles, J. (2015). Women, work, and illness: A longitudinal analysis of workforce participation patterns for women beyond middle age. *Journal of Women's Health*, 24(6), 455-465.
- Majstorović, N. (2011). Skala psihofizičkog zdravlja. Neobjavljen materijal.
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 162-176.
- Mishra, G. D., Hockey, R., & Dobson, A. J. (2014). A comparison of SF-36 summary measures of physical and mental health for women across the life course. *Quality of Life Research*, 23(5), 1515-1521.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. B., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 70-73.
- Pierret, C. R. (2006). The sandwich generation: Women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, 129, 3-9.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-433.
- Pope, N. D., Kolomer, S., & Glass, A. P. (2012). How women in late midlife become caregivers for their aging parents. *Journal of Women & Aging*, 24(3), 242-261.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18(1), 80-96.

- Šakotić-Kurbalija, J. (2013). Kvalitet i stabilnost bračnog odnosa u različitim fazama braka. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, 38(2), 129-148.
- Šakotić-Kurbalija, J., i Trifunović, B. (2019). Doživljaj kvaliteta bračnog odnosa i zdravstveni problemi kod žena. Saopštenje na međunarodnom naučno-stručnom skupu: "Savremeni trendovi u psihologiji". Novi Sad: 24.–27.10.2019. Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju, Novi Sad. Knjiga sažetaka na CD-u, 103-105.
- Šakotić-Kurbalija, J., i Trifunović, B. (2019). Povezanost potencijala za razvod i psihofizičkog zdravlja žena. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, 44(1), 147 - 168.
- Saucier, M. G. (2004). Midlife and beyond: Issues for aging women. *Journal of Counseling & Development*, 82(4), 420-425.
- Sharifi, K., Anoosheh, M., Foroughan, M., & Kazemnejad, A. (2014). Barriers to middle-aged women's mental health: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(6), 1-6.
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096-1113.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L., & Zonderman, A. B. (2013). The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 803-811.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). Multivariate analysis of variance and covariance. In C. Woods (Ed.), *Using multivariate statistics* (pp. 375–440). New York: Harper Collins.
- Trifunović, B., Zotović, M., i Šakotić Kurbalija, J. (2018). Psihofizičko zdravlje, namera i iskustvo traženja profesionalne psihološke pomoći kod žena sa problemom neplodnosti. U zborniku *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: Implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 100-122). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Twenge, J. M., Campbell W. K. & Foster C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.
- Valliant, C. & Valliant, G. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 230-239.

- Ward, B. W., Schiller, J. S., & Goodman, R. A. (2014). Peer reviewed: Multiple chronic conditions among us adults: A 2012 update. *Preventing Chronic Disease, 11*, 62-71.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 164-191.
- Williams, K., & Kurina, L. M. (2002). The social structure, stress, and women's health. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 45*(4), 1099-1118.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety, 27*(2), 190-211.
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (1997). Women's images of midlife: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Health Care for Women International, 18*(5), 439-453.
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (2005). Symptoms during the perimenopause: Prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine, 118*(12), 14-24.

PSYCHOPHYSICAL HEALTH IN MIDDLE-AGED WOMEN

Abstract

The aim of this research is to examine the differences in the perception of psychophysical health between younger, middle-aged and older women. The sample consisted of 503 younger (21 to 34 years; $M = 28.51$, $SD = 3.81$), middle-aged (35 to 55 years; $M = 44.09$, $SD = 5.79$) and older women (56 to 76 years; $M = 60.84$, $SD = 4.42$). All women are married, and have different educational, work and financial status. The Psychophysical Health Scale (Skala psihofizičkog zdravlja-SPFZ; Majstorović, 2011) was used to assess various symptoms of psychophysical health (physical health problems, fear and anxiety, depressive reactions, fatigue and social functioning problems). The results of one-way multivariate variance analysis (MANOVA) show that the main effects are significant. Middle-aged women had more pronounced symptoms of psychophysical health (physical health problems, fear and anxiety, depressive reactions, fatigue and social functioning problems) compared to younger women. The obtained results are consistent with

the findings of most previously conducted studies, which indicate significant correlation between age and various indicators of physical and mental health. The poorer perception of health status among middle-aged and older women compared to younger ones, can be partly attributed to the effects of poorer marital functioning, as well as their more frequent coping with losses and fear of death, which can be especially pronounced in older women. The practical significance of the research results is reflected in the possibility of identifying the group of women at higher risk of developing various physical, psychological and social problems, in order to implement more effective preventive programs.

Key words: psychophysical health, middle age, adulthood