

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socialna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Melita Sajko

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**POVEZAVA MED ZNANJEM IN STALIŠČI
PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTER O
POTREBAH STAREJŠIH LJUDI: PRIMER
HRVAŠKE IN SLOVENIJE**

**POVEZANOST ZNANJA I STAVOVA
PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTARA O
POTREBAMA STARIJIH OSOBA: SLUČAJ
HRVATSKE I SLOVENIJE**

Mentor:izr. prof. dr. Nadja Plazar

Kandidat: Melita Sajko

Maribor, maj 2020.

ZAHVALA

Zahvaljujem mojoj mentorici Izr. Prof. dr Nadji Plazar na nesebičnoj pomoći i bezrezervnoj podršci tijekom pisanja ovog rada.

Zahvaljujem i svim predavačima AMEU – ECM na prenesenom znanju koje mi je proširilo vidike u skrbi za starije osobe.

Hvala svim patronažnim sestrama i tehničarima, sudionicima istraživanja, ovo istraživanje će biti i njima na korist.

Od srca hvala mojoj obitelji na strpljenju i podršci tijekom svih godina studiranja, a isto tako hvala svim dobrim ljudima koji su u tome pomagali njima i meni.

SAŽETAK

U Hrvatskoj i u Sloveniji udio osoba starijih od 65 godina iznosi gotovo petinu stanovništva. To su uglavnom zdrave, vitalne i samostalne osobe koje žive u svojoj kući, a tek manji dio starijih osoba smješten je u neku od ustanova za skrb. Porastom dobi pada i funkcionalna sposobnost starijih osoba zbog čega je potreban integrativan pristup u njihovoj skrbi, a patronažne medicinske sestre su u najboljem položaju da vode takvu skrb. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi kakvo znanje i stavove prema starijim osobama imaju patronažne medicinske sestre u Sloveniji i u Hrvatskoj.

U *online* istraživanju je sudjelovao prigodni uzorak od 282 patronažne medicinske sestre iz Hrvatske i Slovenije. Znanje je ispitivano korištenjem prilagođenog Palmorovog *Facts on Aging Quiza*, a stavovi pomoću Semantičkog diferencijala stavova prema starijim osobama. Rezultati su pokazali da patronažne medicinske sestre imaju osrednje znanje i stavove prema starijim osobama. Starije medicinske sestre i one s više radnog staža pokazale su više znanja i pozitivnije stavove prema starijim osobama. Najveći utjecaj na stavove prema starijim osobama ima dob patronažnih medicinskih sestara, dok država u kojoj žive, stupanj edukacije i suživot sa starijim osobama nemaju utjecaj.

Zaključak je da, iako dob patronažnih medicinskih sestara ima najviše utjecaja na znanje i stavove prema starijim osobama, patronažnim medicinskim sestrama treba i specijalizirana edukacija iz područja gerontologije s naglaskom na integrativni pristup starijim osobama te bi patronažne medicinske sestre, uz kvalitetnu edukaciju iz područja gerontologije, mogle biti i nositelji integrirane skrbi za starije osobe.

Ključne riječi: patronažne sestre, gerontologija, edukacija, starije osobe, stavovi, znanje.

ABSTRACT

In both Croatia and Slovenia, almost a fifth of the population is older than 65. They are mostly healthy, vital, and independent people living in their homes, while only a smaller number of elderly people live in some facility. The functional abilities decrease with the increasing age of elderly people, and for that reason there is a need for an integrative approach in their care. Community nurses are in the best position to apply this kind of care. The goal of this research was to determine what kind of knowledge and attitudes community nurses in Slovenia and Croatia have towards elderly people.

An appropriate sample of 282 community nurses from Croatia and Slovenia participated in the online survey. Their knowledge was examined by using an adapted version of Palmor's *Facts on Aging Quiz*, while the attitudes were examined by using Semantic differential attitude scale towards elderly people. The results showed that community nurses have an average knowledge and average attitudes towards elderly people. Older community nurses and the ones with a longer work experience showed more knowledge and more positive attitudes towards elderly people. The age of community nurses influences their attitudes towards elderly people the most, while the country they live in, their level of education, and living with elderly people do not influence their attitudes.

The conclusion is that, even though the age of community nurses influences their knowledge and attitudes towards elderly people the most, community nurses also need a specialized education from the field of gerontology, with an emphasize on the integrative care of elderly people. This way, community nurses could also become the carriers of integrative care of elderly people.

Key words: community nurses, gerontology, education, elderly people, attitudes, knowledge.

SADRŽAJ

1 UVOD	1
2 PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE I SKRB O STARIJIM OSOBAMA	9
2.1 Stavovi, predrasude, stereotipi	9
2.2 Stavovi prema starenju i starijim osobama	11
2.3 Stavovi zdravstvenih radnika prema starijim osobama	15
2.4 Edukacija medicinskih sestara o starijim osobama	21
2.5 Povijesni razvoj patronažne službe u europskim zemljama	29
2.6 Sustavi skrbi za starije osobe u Hrvatskoj i u Sloveniji	31
2.7 Patronažna sestrinska skrb za starije osobe u zajednici europskih zemalja	36
2.8 Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području	47
2.8.1 Stavovi studenata zdravstvenih studija prema starijim osobama	47
2.8.2 Stavovi medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika prema starijim osobama	51
2.8.3 Stavovi medicinskih sestara u zajednici prema starijim osobama	54
3 ISTRAŽIVAČKI DIO	56
3.1 Svrha i ciljevi istraživanja	56
3.2 Istraživačke hipoteze, istraživačka pitanja	57
3.3 Istraživačka metodologija	57
3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka.....	58
3.3.2 Opis instrumenata	60
3.3.3 Opis uzorka	61
3.3.4 Opis obrade podataka	64
3.3.5 Etički vidik istraživanja	65
3.4 Rezultati	66
3.4.1 Deskriptivna statistička analiza	66
3.4.2 Inferencijalna statistička analiza	74
3.4.3 Multivarijantne metode statističke analize.....	88
3.4.4 Zaključci u vezi s hipotezama	91
3.5 Rasprava	94
3.5.1 Odnos edukacije i stavova patronažnih medicinskih sestara prema starijim osobama	94

3.5.2 Razlika između sudionika iz različitih država u stavovima prema starijim osobama	101
3.5.3 Dob patronažnih medicinskih sestara i stavovi prema starijim osobama	104
3.5.4 Utjecaj suživota na stavove prema starijim osobama	107
3.5.5 Znanje patronažnih medicinskih sestara o starenju i starijim osobama prema Palmorovom <i>Facts on Aging Quizu</i>	109
3.5.6 Stavovi patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama prema rezultatima Semantičkog diferencijala	144
3.5.7 Podjela ispitanika po klasterima	146
3.5.8 Znanstveni doprinos istraživanja	148
3.5.9 Ograničenja istraživanja	148
6 ZAKLJUČAK	151
7 POPIS LITERATURE I IZVORA	155
PRILOZI	
Prilog A: Popis institucija	
Prilog B: Anketni upitnik hrvatski jezik	
Prilog C: Anketni upitnik slovenski jezik	
IZJAVA O AUTORSTVU	
IZJAVA LEKTORA	

POPIS TABELA

Tabela 1: Promjene studijskog programa preddiplomskog studija Sestrinstva u Republici Hrvatskoj za kolegij Zdravstvena njega starijih osoba nakon 2014. godine	24
Tabela 2: Usporedba kolegija s gerontološkim sadržajem i programom studija sestrinstva prvog bolonjskog stupnja u Hrvatskoj i u Sloveniji	24
Tabela 3. Usporedba kolegija s gerontološkim sadržajima na hrvatskim i slovenskim studijima sestrinstva drugog bolonjskog stupnja	26
Tabela 4: Anketirane patronažne medicinske sestre prema demografskim i radnim karakteristikama (N = 284).....	63
Tabela 5: Odgovori anketiranih medicinskih sestara na 50 tvrdnji o starijima (N = 284) .	67
Tabela 6: Deskriptivni pokazatelji za distribuciju bodova anketiranih medicinskih sestara na tvrdnje o znanju o starijim osobama (N = 284).....	69
Tabela 7: Anketirane medicinske sestre prema učestalosti odgovora na pitanja o negativnim odnosno pozitivnim osobinama starijih ljudi (N = 284) – u apsolutnim frekvencijama (kolone s ocjenama 1, 2, 3, 4 i 5) te s deskriptivnim pokazateljima	71
Tabela 8: Deskriptivni pokazatelji o prosječnim osobinama starijih koje su procjenjivale anketirane medicinske sestre (N = 284).....	73
Tabela 9: Rezultati t-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 patronažnih medicinskih sestara) s obzirom na znanje o starijima.....	76
Tabela 10: Rezultati t-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 patronažnih medicinskih sestara) s obzirom na stavove o osobinama starijih osoba	77
Tabela 11: Rezultati F-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 medicinskih sestara)	79
Tabela 12: Rezultati hi-kvadrat testova (N = 284 medicinskih sestara)	81
Tabela 13: Rezultati hi-kvadrat testova (n = 284 medicinskih sestara)	83
Tabela 14: Anketirane medicinske sestre prema stavu o osobinama starijih i prema znanju o starijima (N = 284).....	85
Tabela 15: Rezultati testova usporedbe proporcija (N = 284)	85

Tabela 16: Rezultati korelacijske analize (N = 284 od čega 175 iz Hrvatske i 109 iz Slovenije)	86
Tabela 17: Prosječne vrijednosti stavova o osobinama starijih kod anketiranih medicinskih sestara s obzirom na njihovu dob i s obzirom na njihovo porijeklo (državu) (N = 284)	87
Tabela 18: Rezultati analize varijance (ANOVA) za stavove o osobinama starijih kao zavisnom kvantitativnom varijablom (N = 284)	88
Tabela 19: Varijable korištene za klasteriranje medicinskih sestara i konačni klaster centri (kao diskontinuirane vrijednosti) pojedinih klastera (N = 284)	89
Tabela 20: Podjela medicinskih sestara na klastere na osnovu izabrane četiri varijable	90

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1: Distribucija bodova na testu znanja o starijima za 284 anketirane patronažne medicinske sestre	70
Grafikon 2: Prosječne ocjene osobina starijih osoba koje su dobivene anketom 284 patronažne medicinske sestre na skali od 1 do 5	72
Grafikon 3: Distribucija prosječnih ocjena osobina starijih osoba koje su dobivene anketom 284 patronažnih medicinskih sestara (histogram s ucrtanom normalnom krivuljom).....	74
Grafikon 4: Grafički prikaz postotka medicinskih sestara u pojedinim klasterima (N = 284)	90

1 UVOD

U razvijenim zemljama suvremenog svijeta stanovništvo postaje sve starije. Prema udjelu stanovništva starijeg od 65 godina u ukupnoj populaciji prednjači Europa. Podatci Eurostata¹ iz 2016. godine pokazuju da u Europi udio osoba starijih od 65 godina iznosi 19,2 %. Za Hrvatsku je taj udio identičan, a u susjednoj Sloveniji je udio starijih od 65 godina 18,4 % (Eurostat 2017a). Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj je živjelo 4.284.889 stanovnika. Prema istom popisu broj osoba starih 65 i više godina iznosio je 758.633 osoba, odnosno 17,7 % ukupne populacije (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske 2013, 11). Takvim udjelom starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji Hrvatska je već 2011. godine bila iznad prosjeka zemalja Europske unije koji je tada za Europsku uniju iznosio 17 %. Navedeni demografski pokazatelji govore da je Hrvatska zakoračila u „demografsku starost”. Projekcije nekih autora za budućnost (Nejašmić i Toskić 2013, 99), zasnovane na dosadašnjim popisima stanovništva, pokazuju da će se udio starijih od 65 godina do 2031. godine u Hrvatskoj povećati na 22,6 %. Taj trend nije ograničen samo na Hrvatsku. Naime, Europa je trenutno najstariji kontinent te se procjenjuje da će do 2050. udio osoba starijih od 65 godina u europskoj populaciji porasti na 27 % (Komp i Aartsen 2013, 2 – 3). Zemlje u okruženju imaju sličnu situaciju kao i Hrvatska, pa je tako u Sloveniji 2010. godine 16,5 % stanovništva bilo starije od 65 godina, a projekcije za 2060. godinu predviđaju da će svaki treći stanovnik Slovenije biti stariji od 65 godina (Razpotnik 2011). Porast udjela starijeg stanovništva stavlja nove izazove pred vladu svake države s time da se i struktura populacije starijih osoba promijenila posljednjih desetljeća. Budući da danas većina osoba starijih od 65 godina još uvijek odlikuje vitalnošću, samostalnošću i funkcionalnom sposobnošću, tek u dobi iznad 85 godina starosti većina starijih osoba gubi samostalnost i najčešće u toj dobi pada razina dobrog zdravlja i funkcionalne sposobnosti. To je dodatni izazov za socijalni i zdravstveni sustav svih europskih država jer se produljenjem ljudskog životnog vijeka dramatično povećava broj osoba starijih od 85 godina te se do 2050. godine očekuje da će se populacija osoba starijih od 85 godina udvostručiti u odnosu na broj iz 2018. godine (Eurostat 2019, 15–18). Iako su Ujedinjeni narodi postavili granicu od 65 godina kao pokazatelja starenja stanovništva i kako bi lakše pratili

¹ Eurostat objavljuje službenu statistiku Europske unije i europskog područja te nudi usporediv, pouzdan i objektivni prikaz promjena u Europi (Državni zavod za statistiku RH 2006).

demografska kretanja u društvu, to nije stvarni pokazatelj starosti. Bolji pokazatelj sve duljeg životnog vijeka u Europi je očekivano trajanje života nakon 65. godine i on se razlikuje za žene i muškarce. Dok žene u Europskoj uniji nakon 65. godine imaju očekivano trajanje života 21,2 godine, muškarci imaju 17,9 godina i ti podatci slični su u većini zemalja Europske unije. Pokazatelj stvarnih izazova koji očekuju društvo u kojem je sve više starijih osoba je i kvaliteta života starijih osoba. Nakon 65. godine života češće se javljaju problemi sa zdravljem, nesposobnost samostalnog života i ovisnost o drugim osobama. Pokazatelj funkcionalne sposobnosti nakon 65. godine života je broj godina koje će osoba provesti u dobrom zdravlju i on se razlikuje u različitim zemljama Europske unije. U Švedskoj broj godina koje će osobe starije od 65 godina provesti u dobrom zdravlju iznosi visokih 16,8 godina, dok u Slovačkoj iznosi 3,8 godina za žene i 15,7 godina za muškarce u Švedskoj, a 4,1 godinu u Latviji i Slovačkoj (Eurostat 2017b). Prema tim pokazateljima broj godina koje će provesti u dobrom zdravlju nakon 65. godine starosti za žene u Hrvatskoj iznosi 4,5, a za muškarce 4,7. U Sloveniji je situacija nešto bolja, tamo će žene provesti 7,6 godina, a muškarci 8,2 godine života u dobrom zdravlju nakon 65. godine života. Iz tih pokazatelja vidljivo je da u zemljama sjeverne Europe ljudi dulje žive u dobrom zdravlju za razliku od južnih i istočnih europskih zemalja. Stariji stanovnici sjevernih europskih zemalja dulje zadržavaju funkcionalnu, kognitivnu i socijalnu samostalnost i u tim zemljama medicinske sestre u zajednici imaju drugačiji i manje zahtjevan posao u kurativnoj skrbi, a naglasak je na preventivnoj i edukativnoj zadaći medicinskih sestara. Međutim, u južnim europskim zemljama zamijećeno je ranije propadanje funkcionalne sposobnosti starijih osoba te oni zahtijevaju više kurativne medicinske skrbi nauštrb preventivne skrbi (Eurostat 2019, 18). Iako se pokazuju velike razlike u zdravstvenom stanju i zdravstvenom ponašanju starije populacije u različitim europskim zemljama, u svim europskim zemljama javlja se potreba za restrukturiranjem sustava socijalne i zdravstvene politike jer su svi podjednako suočeni s promjenama vezanim za demografiju (Scharf 2013, 498). Starenje populacije ne donosi potrebu za promjenama samo zdravstvenog sustava.

Zamjetne su i sociološke promjene koje donosi proces starenja populacije. U prošlosti je relativno malo ljudi doživjelo starost i ostarjeli članovi društva bili su cijenjeni kao prenosioци znanja i životne mudrosti (Gawande 2016, 31). Prije stotinjak godina životni vijek je bio kraći, a starije osobe su bile cijenjene jer su bili prenosioци znanja i iskustva na mlađe generacije. Početkom dvadesetog stoljeća životni vijek je jedva dosezao 50 godina starosti dok se danas u većini europskih zemalja produljio do 70-ih, pa čak i 80-ih godina života. Giddens (2007) navodi dva sociološka aspekta procesa starenja. Porastom životnog vijeka i

porastom broja starijih osoba u populaciji, starije osobe imaju sve manju ulogu u društvu kao prenosioci znanja i iskustva, odnosno njihovo akumulirano znanje više nije važno za razvoj društva u mjeri u kojoj je to bilo u predinformatičko vrijeme. Istovremeno i starije osobe drugačije gledaju i drugačije doživljavaju proces starenja. Sve više starijih osoba ne prihvaća starenje kao neizbježan proces i ne čekaju pasivno što će vrijeme donijeti, već svojim stilom života, prehranom i korištenjem medicinskih dostignuća pokazuju da se nešto što je bilo neizbježno danas može odgoditi i usporiti (Giddens 2007, 162) te na taj način produljuju svoj životni vijek. Iako se ne može zanemariti utjecaj sve češćih kriznih stanja u starijoj životnoj dobi kao što su pojava nekih kroničnih bolesti, gubitak partnera ili prijatelja, što starenje kao takvo stavlja u poseban sociološki kontekst (Baars i sur. 2013, 3), a i drugi autori ukazuju na to da u posljednjim desetljećima života postoji sve veća različitost u razvoju i dinamici promjena vezanih za starenje (Berk 2008, 612). Populaciju ljudi starijih od 65 godina ne možemo stavljati u isti kontekst i ne mogu se kod svih pripadnika iste dobi očekivati iste promjene fizičkog, kognitivnog i socijalnog funkcioniranja jer na naš proces starenja ne utječe samo naša genetika i kronološka dob, nego utjecaj imaju i osobine ličnosti, okolišni čimbenici i društveno okruženje. Zato u populaciji ljudi iznad 65 godina možemo naći više individualnih razlika između pojedinaca, nego u bilo kojoj drugoj grupaciji stanovništva. Time skrb za starije osobe postaje daleko složeniji problem, nego što se to mislilo u prošlom stoljeću. Donedavno je naglasak u skrbi za starije osobe bio na razvoju institucionalne skrbi koja je smatrana idealnim rješenjem za starije osobe koje nemaju obitelj ili se obitelj zbog objektivnih prilika ne može brinuti za njih. Danas za samostalne starije osobe institucionalizacija nije opcija, nego neželjena nužnost. Osobe starije od 65 godina cijene svoju neovisnost i život u vlastitom domu tako da je u zemljama Europske unije samo 1,7 % osoba između 65 i 84 godine starosti smješteno u neku od institucija. Međutim, u dobi nakon 85 godina mijenja se i situacija institucionalnog smještaja tako da je u toj dobi, kada značajno pada funkcionalna sposobnost kod većine starijih osoba, čak 12,6 % osoba smješteno u neku od institucija. Ti podatci su vrlo slični za sve europske zemlje (Eurostat 2017a). U Hrvatskoj, prema podacima iz posljednjeg popisa stanovništva, većina starijih osoba živi u vlastitom kućanstvu, u institucionalnim kućanstvima smješteno je 2,86 %, a u institucijama za starije nalazi se svega 2,38 % stanovništva starog 65 i više godina (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014). Iako u populaciji starijih od 65 godina još uvijek možemo očekivati više osoba s jednom ili nekoliko kroničnih bolesti nego što to očekujemo u mlađoj dobi, zahvaljujući medicinskim dostignućima, danas imamo drugačiju sliku bolesti u zajednici. Danas je većini starijih osoba potrebna podrška ili pomoć u

samozbrinjavanju tek u dubokoj starosti, a prije toga sve duže žive samostalno. Institucije za smještaj starijih osoba, na koje je donedavno bio stavljan naglasak u skrbi, danas su opcija samo za starije osobe koje su u tolikoj mjeri funkcionalno onesposobljene da je njega tih osoba teško provediva u izvaninstitucionalnoj skrbi (Jedvaj i sur. 2014, 145). Istovremeno, struktura obitelji se promijenila i sve manje starijih osoba živi u zajedničkom kućanstvu sa svojom djecom i unucima tako da se smanjuje dostupnost neformalne, obiteljske pomoći starijim osobama. Podatci Eurostata za 2015. godinu pokazuju da u Europi prosječno 32,1 % stanovništva starijeg od 65 godina živi u samačkim domaćinstvima. Podatci za Hrvatsku pokazuju da 28,8 % osoba starijih od 65 godina žive sami, a u Sloveniji je taj udio 34,4 % (Eurostat 2019). Općenito, sve više starijih osoba žive sami. To je najizraženije u sjevernim europskim zemljama dok je u južnim, kao što su Grčka i Cipar, taj broj zamjetno manji (Eurostat 2017b) vjerojatno zbog tradicionalnih vrijednosti i obvezujućeg stava da se djeca trebaju brinuti za svoje ostarjele roditelje. S obzirom na to da u populaciji raste broj vrlo starih osoba kod kojih češće dolazi do potpune funkcionalne onesposobljenosti pitanje je kako organizirati skrb za te osobe u nedostatku prikladnih servisa. Primjerice, u Sloveniji ne postoji služba koja bi mogla osigurati cjelodnevnu skrb za funkcionalno onesposobljene starije osobe u njihovom domu, nego takva skrb pada na leđa neformalnim njegovateljima (Hlebec 2014, 8). Ista situacija je u Hrvatskoj gdje su starije osobe koje više ne mogu same živjeti prisiljene ići u ustanovu ili se za njih brinu neformalni njegovatelji uz suradnju s gerontološkim centrom ili uz pomoć gerontodomaćica, ako su dostupne na određenom području (Tomek – Roksandić i sur. 2015, 259), što također ne garantira kontinuiranu skrb. Podatci na nivou Europe govore da se u većini europskih zemalja formalni zdravstveni sustav u većoj ili manjoj mjeri oslanja na neformalne njegovatelje kao primarne u skrbi za starije osobe (Eikemo 2018, 434). U zapadnim zemljama sve više se govori o konceptu „starenja u mjestu“, odnosno ostanku starijih osoba u vlastitom domu što je duže moguće. Taj koncept je važan za kvalitetu života starijih osoba jer im omogućava zadržavanje rutine, sigurnosti u poznatoj okolini i boravak među poznatim ljudima, ali je u većini zemalja teško provediv zbog nepostojanja ili slabe razvijenosti izvaninstitucijskih službi koje bi bile podrška starijim osobama (Philips i sur. 2010, 17). Potrebno je naglasiti da su starije osobe izrazito heterogena skupina te imaju različite potrebe ovisno o stupnju funkcionalnog oštećenja, osobnosti, socioekonomskom statusu, životnim stavovima, razini obrazovanja i razini socijalnog funkcioniranja (Tomek – Roksandić i sur. 2015, 256). Zapadna društva nameću kategorizaciju vezanu za dob te na taj način u kasnijoj odrasloj dobi godine postaju sredstvo pomoću kojega dominantne grupacije u društvu ravnaju procesom starenja (Baars

2012, 14). Koncept uspješnog starenja se također sve češće spominje u kontekstu zdravlja i samostalnosti u starijoj životnoj dobi. Uspješno stare one osobe kod kojih osobni rast, vitalnost i nastojanja ograničavaju i katkada nadvladaju tjelesno, kognitivno i socijalno propadanje (Berk 2008, 612). Postoji niz definicija uspješnog starenja, a svaku treba gledati vezano za vrijeme u kojem je nastala, pa će se tako današnja definicija uspješnog starenja znatno razlikovati od definicije od prije pedeset godina i od one za pedeset godina (Martin i sur. 2014, 22). Porast broja starijeg stanovništva danas ima utjecaj na funkcioniranje društva pa starije osobe u društvu postaju važna grupacija koja može utjecati na odluke i kretanja u društvu (Pečjak 2001, 79), tim više što je životni vijek sve dulji, a starije osobe su sve boljeg zdravlja. Klasifikacija starijih osoba prema dobi na mlađu, srednju i stariju dob danas je zastarjela. Takva klasifikacija je potrebna zbog praćenja demografskih kretanja u društvu, ali nije adekvatna kao alat za procjenu potreba starije populacije. Klasifikacija koja je rađena na osnovi kronološke starosti može se značajno razlikovati od pokazatelja biološke starosti, odnosno funkcionalne starosti jer je ova druga uvjetovana genskom strukturom ljudskog organizma, intrinzičnim kapacitetom svake osobe te utjecajem okolišnih čimbenika i njihovom vanjskom manifestacijom. Činjenica je da svi ljudi neprestano stare, ali u nekom, proizvoljno određenom trenutku bivaju označeni kao „stariji“ ili „stari“ (Baars 2012, 47). Zbog toga je skrb za starije osobe potrebno temeljiti na podlozi podataka o funkcionalnoj sposobnosti svake osobe, a ne na kronološkoj starosti. Na globalnoj razini Svjetska zdravstvena organizacija donijela je Smjernice za integrativnu skrb o starijim osobama koje su zamišljene kao podloga za nacionalne programe skrbi za starije osobe, ali u njihovom domu, a ne u instituciji. Iste se temelje na procjeni pada intrinzičnog kapaciteta² i funkcionalne sposobnosti³ pojedinca, a ne na kronološkoj dobi. Integrativna skrb za starije osobe prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije odvija se kroz tri modula. Prvi modul preporučuje intervencije usmjerene očuvanju intrinzičnog kapaciteta starije osobe kako bi ona što dulje ostala aktivna i samostalna, drugi modul obuhvaća zbrinjavanje stanja nastalih uslijed procesa starenja što uključuje inkontinenciju i prevenciju pada, a treći modul

² Intrinzični kapacitet: kapacitet sastavljen od svih fizičkih i mentalnih sposobnosti koje pojedinac posjeduje. Sastavnice su mu vitalnost, vid, sluh, kognitivni kapacitet, psihološki kapacitet i lokomotorni kapacitet (WHO 2017).

³ Funkcionalna sposobnost: čimbenici povezani sa zdravljem svakog pojedinca koji mu omogućuju da bude to što jest i da radi to što radi, a da se pri tome osjeća vrijedno i kombinacija su intrinzičnog kapaciteta i okolišnih čimbenika i njihove međusobne interakcije i pojedinca (WHO 2017).

je osmišljen kao pomoć njegovateljima (World Health Organization 2017). U sklopu integrativne skrbi prvo se definiraju tri skupine starijih osoba: opća populacija starijih osoba, populacija u riziku i krhke starije osobe koje zahtijevaju specijaliziranu skrb. Starije osobe u riziku i krhke starije osobe važno je što ranije detektirati preko ciljanih preventivnih pregleda, napraviti dobru procjenu prije prijema u akutnu skrb, otpustiti ih prema protokolu, u kontaktu s izvanbolničkim službama i to tek nakon što je završena rehabilitacija i oporavak, prije odluke za vrstu trajnog smještaja (Philp 2015, 14). Javnozdravstveni okvir za uspješno starenje preporučuje sustavne intervencije za starije osobe prema procjeni funkcionalne sposobnosti i intrinzičnog kapaciteta. Za starije osobe očuvane funkcionalne sposobnosti i visoke razine intrinzičnog kapaciteta preporučuje prevenciju kroničnih stanja, rano otkrivanje i kontrolu istih uz promociju stila života koji će očuvati postojeće stanje. Za osobe kod kojih je zamjetan pad funkcionalne sposobnosti i intrinzičnog kapaciteta preporučuje mjere za zaustavljanje pada kapaciteta, promociju zdravih stilova života te prema potrebi uključivanje dugotrajne skrbi uz uklanjanje prepreka za sudjelovanje u očuvanju kapaciteta. I na kraju za starije osobe kod kojih je došlo do nepovratnog pada funkcionalne sposobnosti i intrinzičnog kapaciteta preporučuje uključivanje dugotrajne skrbi s ciljem uklanjanja prepreka u očuvanju preostalih sposobnosti i dostojanstven kraj života (Beard i sur. 2016, 2150). Svjetska zdravstvena organizacija je još 1990. godine prihvatila izraz „aktivno starenje“ koji označava „proces optimalnog očuvanja zdravlja uz sudjelovanje svake osobe i sigurnost kako ljudi stare“ (World Health Organization 2002, 12), a koji je zapravo uvod u kasniji koncept uspješnog starenja. Iako je dokument koji opisuje postavke aktivnog starenja donesen još 2002. godine, zdravstveni sustavi još uvijek nisu prilagođeni promjenama koje nosi nova struktura stanovništva, ali razvijaju se programi koji ukazuju na potrebu promjene. Dok je u razvijenim zemljama EU naglasak stavljen na izvaninstitucijsku skrb za starije osobe, u zemljama u tranziciji, uključujući i Hrvatsku i Sloveniju, još uvijek je češći smještaj starijih osoba u neku instituciju, kada je to moguće s obzirom na male smještajne kapacitete koji već sad ne zadovoljavaju potrebe (Stavljenić – Rukavina i Tomek – Roksandić 2017, 348). U Hrvatskoj je Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba zajedno s partnerima gdje su zastupljeni različiti profili zdravstvenih radnika donio geroprofilaktičke mjere za primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju za starije osobe. U primarnoj prevenciji najviše se govori o edukaciji starijih osoba o primjeni pozitivnog zdravstvenog ponašanja, odnosno o razvijanju zdravstvene pismenosti kod starijih osoba (Tomek – Roksandić i sur. 2012, 285), ali i o individualnom gerontološkom pristupu starijoj osobi (Tomek – Roksandić i sur. 2015, 268). Iako u populaciji imamo više

zdravih starijih osoba nego prije nekoliko desetljeća, starije osobe su ranjiva skupina, a kao jedan od oblika diskriminacije javlja se i ograničena dostupnost zdravstvenih usluga. U istraživanju provedenom 2016. godine utvrđeno je da su u nekim europskim zemljama starijim osobama nedostupne zdravstvene usluge liječnika, stomatologa i oftalmologa te da zbog toga oni kasnije, zbog bržeg psihofizičkog propadanja i smanjene funkcionalnosti, postaju veće opterećenje za zdravstveni sustav, nego što bi to bili da im se pravovremeno pružila zdravstvena skrb (Krutilova 2016, 223). Pravilna primarna, sekundarna i tercijarna prevencija bolesnih stanja u trećoj životnoj dobi pokazatelj je kvalitete zdravstvene skrbi u cjelokupnoj populaciji (Tomek – Roksandić i sur. 2015, 267), a upravo u prevenciji patronažne sestre mogu odigrati važnu ulogu edukatora, promotora zdravlja i posrednika između starije osobe i svih razina zdravstvene zaštite. Kod starijih osoba koje žive u samačkim domaćinstvima može izostati socijalna podrška obitelji i ostalih neformalnih njegovatelja, a patronažna služba igra važnu ulogu u prepoznavanju, prevenciji te zbrinjavanju rizika za zdravlje i socijalni status starijih osoba. Patronažne sestre ulaze u dom starije osobe te imaju uvid u socijalne i zdravstvene prilike u kojima starija osoba živi, a povezane su s nizom službi koje mogu pomoći starijoj osobi da se nosi sa svakodnevnim životnim izazovima. Da bi to mogle, potrebna im je dobra edukacija iz područja gerontologije, znanje o procesima starenja te pozitivni stavovi o starenju i starijim osobama. Sve patronažne sestre i u Sloveniji i u Hrvatskoj trebale bi imati završen studij sestrinstva na razini prvog bolonjskog stupnja, međutim, u praksi to nije tako. Još uvijek manji dio medicinskih sestara koje rade u patronaži ima završenu srednju stručnu spremu ili neku drugu, srodnu, srednju školu, kao što je npr. primaljska. Specifičnost radnog mjesta patronažne sestre je da ona pristupa pacijentu u njegovom domu, a ne u zdravstvenoj ustanovi. Također, ona ne mora imati pacijenta koji je bolestan, nego to može biti i zdrava starija osoba. Pri tome patronažna sestra potiče korisnike na očuvanje i unapređenje vlastitog zdravlja i radi procjenu koja uključuje prepoznavanje medicinskih, psihičkih i socijalnih problema te organizira i planira javnozdravstvene programe za unapređenje zdravlja u zajednici (Županić 2015, 3). Postoje određene razlike u organizaciji patronažne službe u različitim europskim zemljama, a isto tako i u edukaciji patronažnih sestara. Povijesno, razvoj moderne patronažne službe počeo je u Velikoj Britaniji zbog čega je tamo i najrazgranatija i najrazvijenija patronažna služba u Europi. Najslabije razvijena patronažna služba je u južnim i istočnim europskim zemljama, odnosno u postsocijalističkim zemljama (Salvage i Heijnen 1997; Ball 2013; Chilton i sur. 2013). I najrazvijenije sustave patronažne skrbi i one manje razvijene očekuju korjenite promjene organizacije jer su najnoviji trendovi

u skrbi za starije osobe u zajednici orijentirani na intervencije usmjerene na osobu, a ne na zadatak te se tome prilagođavaju i patronažne sestre kao nositelji skrbi u zajednici.

Osnovno pitanje koje se postavlja u radu je kakvo je znanje i kakvi su stavovi patronažnih medicinskih sestara prema starijim osobama, postoje li neke razlike i koji čimbenici su vjerojatni uzroci postojanja razlika. Pomoću Palmorovog *Facts on Aging Quiza* i Semantičkog diferencijala stavova prema starijim osobama istraženo je kakvo je znanje i kakvi su stavovi patronažnih medicinskih sestara u Hrvatskoj i u Sloveniji prema starijim osobama i koji utjecaji su odgovorni za dobivene rezultate, a nakon toga su dobiveni rezultati uspoređeni s drugim sličnim istraživanjima na tom području.

2 PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE I SKRB O STARIJIM OSOBAMA

2.1 Stavovi, predrasude, stereotipi

Da bismo mogli govoriti o stavovima, predrasudama i stereotipima, prvo ih trebamo definirati. „Stav je stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu. Stavovi se formiraju u procesu socijalizacije, stječu se na osnovi iskustva bilo u neposrednom kontaktu s objektom stava ili posredno, u interakciji sa socijalnom okolinom.“ (Petz 2005, 465). Stavovi imaju tri komponente. Prva je kognitivna komponenta, odnosno znanje o objektu stava, druga je emocionalna komponenta, odnosno osjećaji prema objektu stava i treća komponenta je ponašajna ili konativna komponenta, odnosno spremnost na ponašanje i reagiranje prema objektu stava (Petz 2005, 465). Stavovi koji nisu utemeljeni na stvarnom znanju, najčešće ni na osobnom iskustvu ni kontaktu s predmetom stava nazivaju se predrasude. Prema Petzu (2005), predrasude su „unaprijed stvoren pozitivan ili negativan sud, uvjerenje o nekome ili nečemu koje je neutemeljeno i neopravdano, neovisno je o osobnom iskustvu i najčešće pogrešno.“ (Petz 2005, 363). Stereotip je ustaljeni sklop pojednostavljenih i pretjerano uopćenih psihičkih osobina koje se pridaju cijeloj skupini ljudi. Stereotipi su češće negativni nego pozitivni, a nedostatak informacija o karakteristikama pojedinca nadoknađuje se „znanjem“ o karakteristikama skupine kojoj pripada (Petz 2005, 468). Stereotipi mogu biti usmjereni prema nekoj drugoj grupi ili prema grupi ljudi kojoj i sami pripadamo. Kada su u pitanju starije osobe, stereotipi o njima često su negativni i odnose se na fizička obilježja starijih osoba (slabi, bolesni, nestabilni, nepokretni), psihička obilježja (zaboravljivi, dementni), karakterne osobine (tvrdoglavi, čangrizavi, svadljivi, škrti, tužni) i na socijalne značajke (nedruželjubivi, međusobno slični, konzervativni) (Pečjak 2001, 81). Stereotipi kao takvi ne moraju nužno biti negativni. Postoje pozitivni stereotipi koji nam govore da su starije osobe dobri djedovi i bake koji se rado igraju s unucima i mudrim savjetima pomažu mladim članovima obitelji. Pozitivni stereotipi su rjeđi nego negativni. Stereotipi kao takvi najčešće su samo način na koji ljudi pojednostavljuju svoj pogled na svijet i time štede vrijeme i kognitivne kapacitete koje bi inače morali koristiti u učenju o predmetu stereotipa. Kada stereotip ljude čini slijepima za individualne razlike unutar neke grupe ljudi, može

postati nepravedan i potencijalno zlostavljački (Aronson i sur. 2005, 462) što u konačnici dovodi do diskriminacije.

„Diskriminacija je negativan odnos, ponašanje, postupak prema pripadnicima neke skupine, što može dovesti do štetnih posljedica. Diskriminatorno ponašanje može biti raznoliko: od izbjegavanja pripadnika neke grupe do socijalne izolacije, ograničavanja ili osporavanja prava pa sve do aktivnog neprijateljstva. Diskriminacija se zbiva na osnovi kognitivnih značajki, stereotipa, a u osnovi su joj često predrasude.“ (Petz 2005, 83).

Diskriminacija je zapravo ponašajna komponenta predrasuda. Budući da u prošlosti nije bilo mnogo ljudi koji su doživjeli starost, istraživanja stereotipa i predrasuda zbog dobi su također novijeg datuma. Prva istraživanja stereotipa na temelju dobi javila su se ranih 50-ih godina prošlog stoljeća (Schneider 2005, 467). Prije toga ljudski vijek bio je znatno kraći nego danas i bilo je manje starijih osoba pa su se potencijalne predrasude svodile na rijetke slučajeve. Kako je počeo rasti broj starijih osoba, tako se sve više počelo govoriti o negativnim stavovima prema njima. Manifestacija predrasuda prema starijim osobama naziva se ageizam. Još 1969. godine Robert Butler osmislio je termin *Ageism* kao izraz predrasuda koje pripadnici jedne dobne skupine imaju prema pripadnicima druge dobne skupine (Butler 1969, 243). Ageizam se definira kao proces sistematskog stereotipiziranja i diskriminiranja ljudi na osnovi njihove dobi. Taj izraz najčešće se povezuje sa stavovima prema starijim osobama, ali može se javljati i prema pripadnicima mlađih dobnih skupina. Starije osobe su tako označene kao senilne, rigidne u stavovima i držanju te staromodne u navikama i vještinama (Butler 2001, 39). Novija definicija ageizma govori: „Ageizam možemo opisati kao negativne ili pozitivne stereotipe, predrasude i/ili diskriminaciju protiv (ili u korist) starijih osoba zbog njihove kronološke dobi.“ (Iversen i sur. 2009, 4). Ono što stereotipe o starenju i starosti razlikuje od ostalih stereotipa je to da svatko tko živi dovoljno dugo može postati žrtvom takvog stava, odnosno svi ćemo postati pripadnici starije populacije ako poživimo do određene dobi (Palmore 2001, 572). Iako se diskriminacija na osnovi dobi počela relativno nedavno istraživati, veliko istraživanje provedeno u 31 europskoj zemlji pokazalo je da je diskriminacija na osnovi dobi najčešći oblik diskriminacije u Europi. Češća je i od rasne i od spolne diskriminacije, a temelji se na stereotipima prema drugoj dobnoj grupaciji, percepciji prijetnje od strane druge dobne skupine i nedostatku razumijevanja i pozitivnih odnosa između pripadnika drugih dobnih skupina (Abrams i sur. 2011, 124). Palmore (2003) navodi još jednu značajku ageizma, a to

je da ga je vrlo teško prepoznati, kako kod sebe tako i kod drugih ljudi te su čak i starije osobe sklone samodiskriminaciji jer ne prepoznaju da su žrtve (Palmore 2003, 418). Schneider (2005) navodi da starije osobe mogu postati nekompetentne zbog ponašanja mlađih ljudi prema njima. U prvom redu tu misli na patronizirajuće ponašanje (Schneider 2005, 469), što nas dovodi do pojma „samoispunjavajućeg proročanstva“ prema kojem se starije osobe pod pritiskom stereotipa i predrasuda o starenju počinju ponašati onako kako se od njih očekuje. To vodi do socijalne izolacije, usamljenosti, pogoršanja zdravstvenog stanja, odnosno do preranog gubitka funkcionalne sposobnosti i prerane smrti (Aronson i sur. 2005, 484). Primjerice, ako osoba stalno sluša da starije osobe nisu u tijeku s novim tehnologijama i da nisu u stanju naučiti rukovati računalom, starija osoba će doista izbjegavati korištenje računala u strahu da ne učini nešto krivo. U smanjenju predrasuda presudan je kontakt, ali ne bilo kakav. Allport (1958) navodi da to mora biti kontakt između ljudi jednakog statusa u svrhu ostvarivanja zajedničkih ciljeva, a olakšan je ako ga podržavaju i institucije (Allport 1958, 281). Iz toga možemo zaključiti da kvalitetan kontakt između starijih osoba i osoba koje prema njima imaju predrasude mora biti takav da imaju zajednički cilj i da ravnopravno nastupaju u postizanju toga cilja, a za to su idealne neformalne aktivnosti slobodnog vremena. U današnjem modernom vremenu mijenjaju se i uobičajena, kulturološki uvjetovana, stajališta prema starijim osobama što se tumači porastom njihovog broja u općoj populaciji. Tako se bilježe i negativni stavovi prema starijim osobama u istočnim zemljama u kojima su starije osobe bile tradicionalno poštovane, a u zapadnima raste poštovanje prema starijim osobama zbog njihove sve veće angažiranosti u političkim sustavima (North i Fiske 2015, 1016). Te promjene također treba uzeti u obzir kada se planiraju edukativni programi u cilju smanjenja predrasuda te aktivnosti treba prilagoditi modernom vremenu.

2.2 Stavovi prema starenju i starijim osobama

Neosporna činjenica je da svi organizmi stare i da starenje počinje na samom početku života, ali starenje i dob kada za neku osobu možemo reći da je stara teško je definirati. Ne postoji jedinstvena definicija jer stručnjaci različitih područja različito tumače taj proces ovisno o području kojim se bave. Najčešća podjela koju navode različiti autori je ona da postoje četiri aspekta starenja: kronološko, biološko, psihološko i socijalno starenje. Kronološko starenje se mjeri brojem godina osobe i nije realni pokazatelj stanja u kojem se čovjek nalazi, nego ga samo svrstava u određenu dobnu skupinu. Biološko starenje promatramo kroz fizičko

stanje osobe i kroz funkcioniranje organskih sustava, odnosno funkcionalnu sposobnost i danas je sve češće u raskoraku s kronološkom dobi. Psihološko starenje označava promjene u psihičkom funkcioniranju tijekom života te sposobnost osobe da kontrolira memoriju, učenje, vještine, emocije i prosudbu. Socijalno starenje mjeri se ponašanjima koja potvrđuju ulogu očekivanu za određenu kronološku dob i odnosima prema drugim ljudima i socijalnim strukturama (Phillips i sur. 2010, 12). Važnije od definicije starenja je kako ljudi doživljavaju proces starenja, bilo da su u pitanju starije osobe ili ljudi mlađi od 65 godina i što se postavlja kao granica starije dobi. Na razumijevanje procesa starenja utječe koncept ageizma, stereotipnih ideja, socijalnih normi i očekivanja (McVeigh 2013, 99). U današnjem društvu preferiraju se vrijednosti koje se ne pripisuju starijim osobama i zbog toga nitko ne voli da ga okarakteriziraju kao „starog“. Pojam starenja kod ljudi izaziva različite asocijacije. Despot Lučanin (2002) navodi dvije asocijacije: povezuje ga s propadanjem, odnosno slabljenjem, kako fizičkih tako i psihičkih funkcija, dok je drugo značenje broj godina, odnosno kronološka dob kao vremenska odrednica. Ona također navodi da bi u cilju izbjegavanja poistovjećivanja starenja s propadanjem trebali govoriti o starenju kao razvojnom procesu, a ne završnom poglavlju života u kojem ostarjele osobe više nisu sposobne za samostalan život (Despot Lučanin 2002, 209). Uostalom, javnozdravstveni pokazatelji gerontoloških istraživanja provedenih u Hrvatskoj pokazuju da je tek jedna od pet osoba starijih od 65 godina funkcionalno onesposobljena i da joj je potrebna tuđa pomoć (Tomek – Roksandić i sur. 2015, 256) tako da se utjecaj procesa starenja na funkcioniranje osobe koja stari ne smije generalizirati. Usprkos tome, u zapadnjačkoj kulturi danas možemo svjedočiti pretežno negativnim stavovima o starijim osobama. Prvi je o predrasudama prema starijim osobama progovorio Robert Butler još 1969. godine. On je tu posebnu vrstu predrasuda koje dovode i do diskriminacije nazvao *Ageism*, koji je stavio uz bok rasizmu i seksizmu kao do tada najučestalijim „izmima“ (Butler 1969, 246). Erdman Palmore je tome dodao da je *Ageism* posebna vrsta „izma“ jer će svatko do nas postati žrtva samo ako budemo živjeli dovoljno dugo. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća razradio je pojam *Ageism* i stavio ga u općedruštveni kontekst te je razvio alat pomoću kojeg se može procjenjivati stupanj ageizma u određenim grupama ljudi. Alat je nazvao *Facts on Aging Quiz* (Palmore 1977). Najčešće negativne predrasude prema starijim osobama su da vode sumoran život u socijalnoj izolaciji, da su zlostavljani ili zanemarivani od svoje obitelji, zaokupljeni zdravstvenim problemima i patnjom te da se jednostavno nalaze u životnom neskladu nastalim zbog naglog odlaska u mirovinu, a tome se pridodaju i strah od kriminala, siromaštvo, loše stambene prilike te loša medicinska skrb (Victor 2005, 134 – 136).

Istraživanje o diskriminaciji na temelju dobi provedeno u Europi pokazalo je da ljudi općenito imaju pozitivnije osjećaje i stav prema osobama iste ili bliske dobi. Međutim, kada su u pitanju prijetnje koje osjećaju zbog neke druge dobne grupe, za osobe starije od 70 godina smatraju da su opterećenje za zdravstveni sustav i da gotovo ništa ili vrlo malo doprinose ekonomiji zemlje u kojoj žive (Abrams i sur. 2011, 60). Sutherland (2016, 5) u svojoj knjizi *The War on the Old* opisuje samo negativne stavove prema starijim osobama i smatra da je negativno poimanje starosti i starijih osoba u javnosti došlo do točke kada možemo reći da se, primjerice, u britanskom društvu vodi pravi rat protiv starijih osoba te da je ageizam doveo do tzv. „demografskog čišćenja“. U društvu koje preferira zdrave i mlade ljude starost je postala nešto nepoželjno, problematično, razvija se strah od starenja, a podloga za takve stavove je nedostatak znanja o starosti i starenju (Donizetti 2019, 7). Problem koji se javlja u stavovima o starijim osobama je stereotipiziranja starijih. Viđenje starosti, kao doba u životu kada postajemo bolesni, nemoćni i beskorisni tipičan je stereotip koji se uglavnom ne može primijeniti na današnju populaciju osoba starijih od 65 godina jer postoje velike razlike između pojedinaca. Tako neki u starijoj dobi postaju rano ovisni o članovima obitelji i pomoći drugih osoba, dok drugi i u dubokoj starosti sačuvaju samostalnost. Schaie i Willis (2001) navode da je, usprkos stereotipima, većina starijih osoba financijski samostalna i umjereno dobrog zdravlja te zahvaljujući obiteljskim i prijateljskim vezama ne pate od usamljenosti, dok se u domovima za skrb uglavnom nalaze vrlo stare osobe, odnosno one iznad 85 godina starosti koje više ne mogu samostalno funkcionirati (Schaie i Willis 2001, 105). Podatci Eurostata za 2016. godinu govore u prilog tome da su današnje generacije starijih osoba drugačije nego nekad: gotovo 10 % osoba starijih od 65 godina još je radno aktivno, što se razlikuje od države do države ovisno o mirovinskom sustavu, ali samostalnost pokazuje i udio starijih osoba koje putuju što je za Europu gotovo 50 %, a taj udio je veći u sjevernim zemljama, a manji u južnim (Eurostat 2017a). Thornton (2010) predlaže nekoliko strategija za pobijanje mitova o starijim osobama: prva je podloga u znanosti i socijalnoj relevantnosti, druga je izbjegavanje generaliziranja jer svi ljudi različito stare, a te razlike između pojedinaca vidljivije su nego u bilo kojem drugom životnom periodu, a treća je edukacija o marginaliziranim skupinama ljudi među kojima su i starije osobe zbog neistinitih mitova o njima (Thornton 2010, 311). Despot Lučanin (2003) u svojoj knjizi *Iskustvo starenja* (2003) također navodi da većina autora za pojavu stereotipa o starenju kao krivca navode nedostatak znanja i iskustva života i rada sa starijim osobama te da su stereotipi u tolikoj mjeri prisutni u društvu da i mnoge starije osobe vjeruju u njih te im to otežava prilagodbu na starenje (Despot Lučanin 2003,

21). Stereotipi o starijim osobama, pa i ageizam kao najteži oblik predrasuda i stereotipa prema starijim osobama, reflektiraju se na sva područja u okviru zdravstvene i socijalne skrbi, od diskriminacije u zdravstvenim ustanovama, zlostavljanja i zanemarivanja u domovima za skrb o starijim osobama, zanemarivanja u obitelji, iznošenja negativnih stavova u medijima do različitog, diskriminirajućeg postupanja hitnih službi prema starijim osobama (Brownell 2010, 1). Danas se u zdravstvenim ustanovama možemo susresti i sa stavovima da se bolesniku starije dobi pristupa jednako kao onome srednje dobi bez obzira na to što stariji organizam traži i drugačiji pristup ili s mišljenjem da se kod bolesne starije osobe ne može mnogo učiniti jer je ionako stara (Duraković 2015, 247). Palmore (2001) je istraživao koje su vrste dobne diskriminacije prisutne u društvu, koje su skupine najviše izložene te općenito prisutnost dobne diskriminacije. Palmore (1982) tvrdi da znanje najviše utječe na stavove prema starijim osobama, a i da će se „ageizam“ očitovati ponašanjima i postupcima prema starijim osobama koji proizlaze iz nedovoljnog znanja i nedostatne edukacije o starenju i starijim osobama (Palmore 1982, 341). Rezultati Palmorovog istraživanja ukazuju na dvadesetak različitih primjera dobne diskriminacije od onih lakših, kao što su šale na temelju dobi, gdje se čak 58 % ispitanika izjasnilo da su bili izloženi šalama na osnovi dobi do onih težih koji se odnose na uskraćivanje organiziranog smještaja, zdravstvene zaštite i zaposlenja. U Palmorovom istraživanju je 33 % starijih osoba doživjelo da se pretpostavlja da ne čuju dobro zbog svoje dobi, njih 32 % da ne razumiju nešto zbog dobi, a 43 % čulo je od liječnika ili medicinske sestre da su njihove tegobe rezultat njihove dobi ili da su prestari za neki zahvat (Palmore 2001, 573). Veliko europsko istraživanje o diskriminaciji zbog dobi pokazalo je da u 31 europskoj zemlji najviše ispitanika iz Francuske prepoznaje diskriminaciju zbog dobi, odnosno čak 68 % ispitanika, a najmanje ih ima u Turskoj, samo 17 % koji su izjavili da postoji ozbiljna diskriminacija u društvu. U Sloveniji je 40 % ispitanika prijavilo ozbiljnu diskriminaciju na osnovi dobi, u Hrvatskoj 34 % ispitanika, a prosjek za sve europske zemlje koje su sudjelovale u istraživanju je 44 % (Abrams i sur. 2011, 32). Istraživanja stavova prema starijim osobama ukazuju da su stavovi drugih ljudi važni za kvalitetu njihovog života te da važnu ulogu u formiranju stava ima osobno iskustvo (Palmore 2001, 574). Ne samo da predrasude kao takve narušavaju integritet starijih osoba, već je dokazano da starije osobe koje su izložene ageizmu u bilo kojem obliku češće obolijevaju od bolesti uzrokovanih stresom, kao što su kardiovaskularne bolesti, što u konačnici dovodi do značajnih troškova zdravstvene skrbi, koji su direktna posljedica ageizma (Levy i sur. 2020, 178). S druge strane, postoje dokazi da osobe koje imaju pozitivan stav prema starenju podržavaju zdrav stil života, angažiraniji su u socijalnim

aktivnostima u zajednici, žive dulje i osjećaju se sretnije (Bryant i sur. 2016, 257). Tomečak i suradnici (2014) u smanjenju ageizma stavljaju poseban naglasak na osobno iskustvo, međugeneracijski kontakt i edukaciju i to za buduće stručnjake koji će raditi sa sve većom populacijom starijih osoba, ali i za javnost općenito kako bi se naglasili pozitivni učinci starenja, a umanjile posljedice predrasuda (Tomečak i sur. 2014, 49). Budući da su starije osobe najčešći korisnici zdravstvenih usluga, zdravstvena skrb je posebno osjetljivo područje, u kojem pojava stereotipa i predrasuda prema starijim osobama može imati teške posljedice. U prvom redu to je neprepoznavanje akutnih stanja koja se mogu liječiti, dok pripisivanje nekih zdravstvenih problema normalnim promjenama u starenju može dovesti do neliječenja ili zanemarivanja problema. Javlja se i problem multimorbiditeta, a posljedično i polifarmacije kod starijih osoba. Također, nepoznavanje promjena u normalnom starenju može dovesti do neprikladne komunikacije zdravstvenih radnika sa starijim osobama što rezultira nedostatnim podacima potrebnim za postavljanje dijagnoze i liječenje starije osobe.

2.3 Stavovi zdravstvenih radnika prema starijim osobama

Zdravlje je vrlo važna kategorija kada govorimo o kvaliteti života starijih osoba. Zapravo, zdravlje je najčešće istraživana kategorija u području pokazatelja kvalitete života, a isto tako je i najveći razlog zabrinutosti pojedinaca kao kohortne skupine i vlade država s velikim brojem starijih osoba jer se upravo starije osobe smatraju najvećim korisnicima zdravstvenih resursa (Victor 2005, 108). S obzirom na to da su starije osobe najčešći korisnici zdravstvenih usluga, javila se potreba za istraživanjima koja se dovode u vezu sa starijom dobi pacijenta i kvalitetom pružene zdravstvene usluge. Na žalost, istraživanja već neko vrijeme pokazuju da postoji veća vjerojatnost da će pacijenti starije dobi dobiti nižu razinu kvalitete zdravstvenih usluga, nego pacijenti neke druge dobne grupe (Simkins 2007, 28). Razloge za to možemo tražiti u činjenici da zdravstveni radnici još uvijek gledaju na pojam zdravlja kroz vrlo uski biomedicinski model koji je orijentiran na postavljanje dijagnoze i liječenje bolesti bez sagledavanja šireg konteksta nastanka bolesti, kao što su sociološki i psihološki kontekst, te se cijeli pristup bazira na kurativnom liječenju, a manje se uzima u obzir utjecaj prevencije i javnog zdravstva (Victor 2005). Kako osobe stare tako se povećava vjerojatnost da će prije ili kasnije zatražiti liječničku pomoć, a i sve je više pacijenata treće životne dobi na svim bolničkim odjelima koji se bave odraslom populacijom. U okvirima zdravstvenih ustanova česta je pojava stereotipa o starijim osobama. Jedan od najčešćih

stereotipa o starijim osobama u zdravstvenim ustanovama je da je pojava neke bolesti ili bolesnog stanja u starijoj životnoj dobi neizbježna i normalna i da ljudi trebaju očekivati da će se njihovo zdravlje pogoršati s porastom dobi (Tomečak i sur. 2014, 40). Razlikovanje normalnog starenja od bolesti nužno je u kliničkoj medicini zbog tradicionalnog dihotomnog razmišljanja u sklopu biomedicinskog modela – „liječiti ili ne liječiti“ (Despot Lučanin 2003, 71). Razlika u pristupu prema starijim i prema mlađim osobama je važna jer je bolest stanje koje je reverzibilno i može se izliječiti, a promjene nastale zbog starosti su ireverzibilne (Schaie i Willis 2001). Budući da se neka stanja u starijoj životnoj dobi ne mogu izliječiti jer su rezultat normalnih promjena organizma uslijed starenja, gledanje starijih osoba kroz biomedicinski model u liječenju može zdravstvene radnike dovesti do osjećaja nemoći i poraza. Kada su u pitanju vrlo stare osobe, neka se stanja nastala uslijed normalnog procesa starenja mogu zaliječiti, može se usporediti njihovo napredovanje, ali rezultat nije izlječenje nego samo odgađanje smrti kao prirodnog završetka života. Edukacija zdravstvenih radnika usmjerena je na očuvanje zdravlja i liječenje, a smrtni ishod spominje se samo u kontekstu neuspjeha. Liječnici često navode da tijekom studija nisu naučili gotovo ništa o slabosti, smrtnosti, starenju ili o umiranju i da se taj dio života posve zanemaruje u edukaciji zdravstvenih radnika (Gawande 2016, 11). Tek nedavno javila se i počela je potreba za uvođenjem posebne gerijatrijske edukacije za studente medicine, a od europskih zemalja najviše je u tom području učinila Švedska uvođenjem posebne gerontološke edukacije i praktične nastave za studente medicine (Ekdahl i sur. 2012, 390). Vezano za znanja i stavove zdravstvenih radnika prema starijim osobama, što je usko vezano za edukaciju, javljaju se dva osnovna problema. S jedne strane postoji opasnost da starije osobe koje se nalaze u normalnom procesu starenja budu zapostavljene i diskriminirane od strane zdravstvenih radnika jer nemaju neke značajne simptome bolesti ili se njihovi simptomi pripisuju normalnom procesu starenja te se smatra da ih ne treba tretirati. S druge strane liječnici, medicinske sestre i tehničari te ostalo zdravstveno osoblje koje radi sa starijim osobama u ustanovama, uglavnom su u kontaktu s bolesnim starijim ljudima što može dovesti do stava da su sve starije osobe bolesne i nemoćne, ali i do poopćavanja stavova o starijim osobama kao o bolesnoj i slaboj populaciji (Pečjak 2001, 89). Jedan i drugi stav su vrlo opasni u zdravstvu: stav da su sve starije osobe opterećene nizom bolesti koje treba tretirati može dovesti do medikalizacije starenja, a stav da su sve bolesti rezultat procesa starenja i da ih nije moguće tretirati i izliječiti može dovesti do neliječenja izlječivih stanja. Jedno i drugo može bitno utjecati na starije osobe pa i dovesti do prerane smrti, a svakako dovodi do narušene kvalitete života. Generalno gledajući, u skrbi za starije osobe potreban

je sveobuhvatan holistički pristup koji će u obzir uzeti sve odrednice zdravlja starije osobe: fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu razinu i na taj način bi se izbjeglo stereotipno gledanje na starije osobe i u zdravstvenim ustanovama. U knjizi *The War on the Old* autor John Sutherland (2016) posebno se osvrnuo na uglavnom negativan stav zdravstvenih radnika prema starijim osobama. Navodi da se u bolnicama odgađaju elektivne operacije uglavnom starijim osobama, da se odredba „Ne oživljavati“ kod starijih pacijenata provodi bez suglasnosti pacijenta i rodbine češće nego što mislimo i na kraju, najdramatičniji primjeri su opisi zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba smještenih u ustanove za skrb o starijim osobama, često i sa smrtnim ishodom. On te događaje stavlja u kontekst globalnog „rata“ protiv starijih osoba u razvijenom svijetu i ne možemo poreći da se takve stvari događaju, a da se o njima vrlo malo govori (Sutherland 2016, 40). Primjerice, starije osobe koje su onkološki pacijenti automatski se ne uključuju u kliničke studije novih lijekova (Schroyen i sur. 2016, 750). Ne samo da su u takvim slučajevima starije osobe u nepovoljnom položaju zbog uskraćivanja nekih prava, nego i postoje dokazi da starije osobe koje su izložene negativnim stereotipima o starosti i starenju počnu i same vjerovati u njih te same sebi uskraćuju neka prava. Nije rijetkost da se starije osobe ne javljaju liječniku zbog bolova jer vjeruju da su bolovi normalna pojava u određenoj dobi, a neliječenje nekih benignih problema može dovesti do kasnijih komplikacija koje je teško izliječiti. Ta pojava naziva se „samoispunjujuće proročanstvo“ i po njemu starije osobe i same počnu vjerovati u postojeće stereotipe te se počnu ponašati u skladu s njima (Tomečak i sur. 2014, 44). Dokazano je da negativna samopercepcija i negativan stav prema procesu starenja može dovesti do skraćivanja životnog vijeka dok, primjerice, pozitivni stavovi prema starenju dovode do pozitivnih zdravstvenih navika, razvijanja socijalnih kontakata, samostalnosti i povećane razine samopouzdanja što u konačnici dovodi do produljenja životnog vijeka starije osobe (Levy i sur. 2020, 176). Ageizam kojem su izložene starije osobe spominje se i u kontekstu socijalnog rizičnog čimbenika za razvoj kroničnih bolesti kod njih jer se zbog negativne samopercepcije osoba povlači iz društva, vjeruje da su neki zdravstveni poremećaji normalni za dob te usvaja negativna zdravstvena ponašanja u smislu nepridržavanja uputa o liječenju (Allen 2016, 613). Kada govorimo o stavovima službene medicine o procesu starenja treba spomenuti i dva smjera u stavovima liječnika prema starijim osobama koji su na udaru gerontologa: jedan smjer je takozvano „uspješno starenje“ koje predlaže strategije za „sretno i uspješno starenje“ i stavlja naglasak za preuzimanje vlastite odgovornosti za tijek procesa starenja, a drugi je „anti-aging“ medicina koja želi usporiti ili zaustaviti proces starenja medicinskim zahvatima i preparatima. Jedan i drugi pokret je na meti kritika gerontologa jer

zapravo starenje stavljaju u negativan kontekst iako nisu štetni za starije osobe, već upravo suprotno mogu donijeti mnoge dobrobiti za kvalitetu života starijih osoba (Flatt i sur. 2013, 952), ali pojačavaju osjećaj gubitka zbog starenja i jačaju već ionako prisutno stereotipiziranje starijih osoba. Stariji bolesnici u zdravstvenim ustanovama su često marginalizirani i ignorirani zbog stereotipa da je s njima teško raditi zbog agresivnosti i neuroticizma koji izražavaju iako je dokazano da su te tvrdnje neutemeljene i da kod starijih osoba te osobine nisu naglašenije, nego u ostalim dobnim skupinama (Błachnio i Buliński 2013, 678–679). U istraživanju iz 2012. godine autori su pretraživanjem relevantne literature došli do zaključka da među gotovo svim profilima zdravstvenih radnika vlada uglavnom negativan stav prema starijim osobama (Singleton Eymard i Hutto Douglas 2012, 18). Zdravstveni radnici već tijekom studiranja i kad se zaposle imaju različite stavove, pozitivne ili negativne, prema radu sa starijim osobama ovisno o edukaciji koju su imali tijekom školovanja i iskustvima iz rada (Kydd i sur. 2014, 183). Istraživanje provedeno na onkološkom odjelu pokazalo je da medicinske sestre imaju diskriminatorna ponašanja prema starijim pacijentima i da takvo ponašanje počinje već od dobi pacijenta od 55 godina. Starije pacijente rjeđe se ohrabruje u smislu odabira imunoterapije ili kemoterapije, a posebno za rekonstruktivne zahvate nakon amputacija (Schroyen i sur. 2016, 754). Mnogo istraživanja o stavovima zdravstvenih radnika prema starijim osobama rađeno je na studentima koji se pripremaju za neko od zvanja unutar zdravstvenog sustava. Takva istraživanja uglavnom ukazuju na to da studenti nerado razmišljaju o karijeri u skrbi za starije osobe jer smatraju da su starije osobe nepouzdan izvor informacija koje su potrebne za liječenje i s njima je teško komunicirati zbog senzornih i kognitivnih oštećenja (Samra i sur. 2015, 780). U specijalizaciji iz gerijatrije budući zdravstveni radnici ne vide mogućnost zarade, napredovanja i priznavanja unutar struke (Robbins i sur. 2011, 407), ne smatraju tu vrstu specijalizacije dovoljno atraktivnom (Stevens 2011, 950), smatraju da je rad sa starijim osobama naporan i da oni zahtijevaju više skrbi od drugih grupacija stanovništva (Demir i sur. 2016, 906), osjećaju strah od starenja i starosti kada rade sa starijim osobama te im rad s njima izaziva tjeskobu (Kydd i sur. 2013, 27). Često su prisutni stereotipi o osobnosti starijih osoba te ih zdravstveni radnici smatraju napornima, agresivnima i nesuradljivima (Błachnio i Buliński 2013, 675). Zdravstveno osoblje koje radi sa starijim osobama ima različite stavove prema toj grupaciji ljudi ovisno o edukaciji, radnom iskustvu, mjestu rada, dobi i prethodnom iskustvu u radu sa starijim osobama. Simkins (2007) u pregledu literature koja obrađuje temu ageizma u zdravstvenoj njezi navodi da je najviše starijih osoba osjetilo takav stav osoblja u akutnoj zdravstvenoj skrbi i da su zbog svoje dobi bili lošije tretirani

nego ostali pacijenti (Simkins 2007, 28). Nije neobično da je jedno od neizbježnih pitanja, kada osoba dođe u zdravstvenu ustanovu na liječenje, podatak o dobi. Postavlja se pitanje služi li taj podatak zdravstvenom osoblju kao jedan od osobnih podataka kao što su ime i prezime, visina, težina, krvni tlak itd. ili kao diskriminacijski čimbenik za neke medicinske postupke i stvaranje stavova prema nekoj osobi i zdravstvenom stanju pacijenta bez kritičnosti koja bi postojala da taj pacijent ima manje godina. Rush i suradnici (2017) u pregledu literature koja se odnosi na stavove medicinskih sestara prema njezi starijih osoba došli su i do pozitivnih i do negativnih stavova prema starijim osobama, s time da za pozitivne stavove nije postojalo obrazloženje medicinskih sestara, a kao uzrok negativnih stavova navodile su uglavnom karakteristike starijih osoba i zahtjevnu skrb (Rush i sur. 2017, 4111). Istraživanje na starijim osobama provedeno 2013. godine pokazalo je da se starije osobe osjećaju diskriminirane zbog svoje dobi najviše u području socijalne i zdravstvene skrbi (Rusac i sur. 2013, 103). To je istraživanje bilo uvod u kvalitativno istraživanje provedeno 2016. godine u Hrvatskoj koje je pokazalo da starije osobe pitanje o svojoj dobi od strane djelatnika hitne pomoći doživljavaju kao diskriminatorni faktor u pružanju pomoći, a navode i da su zbog dobi bili povremeno žrtve diskriminatornog odnosa svih zdravstvenih djelatnika s kojima su imali kontakt (Rusac i sur. 2016, 73). I ranija istraživanja pokazala su da zdravstveni radnici koji rade na akutnim bolničkim odjelima pokazuju negativnije stavove prema starijim osobama koje dolaze na liječenje kod njih uglavnom zbog nedostatnog znanja i stereotipa o starenju, a to može biti opasno za starije osobe (Courtney i sur. 2000, 67) i to se uglavnom nije promijenilo do danas. Osjetljivo područje u zdravstvu je hitna služba gdje, prema istraživanju Deasey i suradnika (2014), medicinske sestre smatraju da starije osobe nemaju indikacije za skrb te da bi sve starije osobe trebalo zbrinuti na odjelima za kronične pacijente (Deasey i sur. 2014, 234). Danas je u europskim zdravstvenim ustanovama u začetku razvoj akutnih gerijatrijskih odjela čija bi uloga bila zbrinjavanje akutnih stanja kod starijih osoba i održavanje kontinuiteta skrbi nakon otpusta iz bolnice. Za sada dobre rezultate u tom smjeru imaju Belgija, Danska te Irska, dok su u ostalim europskim zemljama rezultati skromni (Deschodt i sur. 2018, 780). U bazama podataka mogu se naći istraživanja stavova prema starijim osobama studenata sestrištva i medicine, medicinskih sestara koje rade na akutnim odjelima i u ustanovama za skrb o starijim osobama, a rezultati se razlikuju ovisno o stupnju obrazovanja, dobi ispitanika, mjestu rada i sociokulturološkom okruženju. Sva pronađena istraživanja provedena su u raznim ustanovama, od bolnica, domova za starije osobe do ustanova za obrazovanje kadrova u zdravstvu, a vrlo malo je istraživanja koja ispituju znanja i stavove

zdravstvenog osoblja koje radi u zajednici i koje se sreće sa starijim osobama u njihovom domu. U većini istraživanja osnovni čimbenik za razvoj pozitivnih ili negativnih stavova zdravstvenih radnika prema starijim osobama je edukacija (Kydd i sur. 2014, 188). Edukaciju kao najvažniji čimbenik u formiranju stavova prema starijim osobama navode razni autori. Anguillo i suradnici (2006) opisali su kako promjena pristupa u edukaciji o starijim osobama, na način da se studenti zdravstvenih studija uključe volonterski u rad sa starijim osobama može promijeniti njihove stavove od negativnih prema pozitivnima (Anguillo i sur. 2006, 486-487). Baumbush i suradnici (2012) utvrdili su da studenti zdravstvenih studija pokazuju veće znanje i pozitivne stavove prema starijim osobama kada se gerontološka edukacija integrira kroz sve kolegije, nego kad slušaju samo poseban kolegij o zdravstvenoj njezi starijih osoba (Baumbush i sur. 2012, 7). Rješenje za povećanje znanja i smanjenje negativnih stavova prema starijim osobama u zdravstvenoj skrbi, a u konačnici i za bolje ishode skrbi i smanjenje troškova u zdravstvu, većina autora vidi u boljoj edukaciji medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih profesionalaca na području gerontologije (Courtney i sur. 2000, 68; Zampieron i sur. 2012, 219; Deasey i sur. 2014, 231; Chopik 2017, 74; Levy i sur. 2020, 180). Ne samo da treba educirati buduće zdravstvene radnike za rad sa starijim osobama, nego i postojeće koji već rade sa starijim osobama jer oni pružaju model mladim generacijama (Liu i sur. 2013, 1281). Međutim, sva navedena istraživanja rađena su sa studentima ili zdravstvenim radnicima koji sa starijim osobama rade u nekoj zdravstvenoj ustanovi. Uzevši u obzir to da u Hrvatskoj svega 2 % – 5 % (Ministarstvo socijalne politike i mladih RH 2014) i u Sloveniji oko 5 % osoba starijih od 65 godina ima osiguran smještaj u nekoj od institucija za skrb o starijim osobama (Hlebec i sur. 2014, 9), a slična situacija je i u ostatku Europe, postavlja se pitanje kakav je stav zdravstvenih radnika koji rade s onih 95 % starijih osoba koje žive u svojem domu i koliko dobro su oni educirani za rad sa starijim osobama. Iako Allan i Johnson (2009, 3) ukazuju na nekonzistentnost rezultata različitih istraživanja o povezanosti znanja i stavova prema starijim osobama, ipak se javlja potreba da se naglasak u edukaciji medicinskih sestara stavi na zdravstvenu skrb izvan institucije, a ne kao do sada na institucionalnu skrb za starije osobe. Budući da je u većini istraživanja naglašen utjecaj edukacije na formiranje stavova, u nastavku će biti opisana edukacija medicinskih sestara.

2.4 Edukacija medicinskih sestara o starijim osobama

Edukacija medicinskih sestara u zemljama Europske unije, uvođenjem Bolonjskog procesa u edukaciju, prilično je slična, ali postoje i razlike u pojedinim zemljama članicama. Donošenjem EU Direktive 2005/36/EC o priznavanju europskih kvalifikacija usklađen je opseg zahtjeva za minimalnim obrazovanjem medicinskih sestara kako bi bilo olakšano kretanje medicinskih sestara na tržištu rada unutar Europske unije (Lahtinen i sur. 2014, 1040). Edukacija se odvija na razini srednjoškolskog obrazovanja ili prvog bolonjskog stupnja nakon obveznog srednjoškolskog obrazovanja, a prema EU Direktivi 2005/36/EC satnica teoretske i praktične nastave iznosi obveznih 4600 sati za medicinske sestre. Trajanje edukacije razlikuje se u pojedinim europskim zemljama i iznosi od dvije do četiri godine, a neke zemlje omogućuju i edukaciju na drugom i trećem bolonjskom stupnju (Lahtinen i sur. 2014, 1043). Međutim, edukacija na specifičnom gerontološkom području nije posebno propisana i ovisi o svakoj ustanovi za edukaciju koliko će tih sadržaja uključiti u nastavni plan. S porastom broja starijih osoba u populaciji Europe javlja se potreba za boljom edukacijom zdravstvenog osoblja o procesima koji se javljaju zbog starenja organizma, ali i općenito o starijim osobama. Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je potrebu za jedinstvenim sustavom edukacije te je 2003. godine u Kopenhagenu donesena strategija za gerontološku edukaciju medicinskih sestara *Gerontological Nursing Curriculum*. U tom dokumentu je vrlo detaljno razrađena edukacija medicinskih sestara, od definicije gerontološkog sestrinstva preko ciljeva i načina edukacije do nastavnih sadržaja svrstanih u osam modula. Sa završenom edukacijom tijekom koje se za studente predviđa opterećenje od 60 ECTS-a⁴ medicinska sestra stekla bi naziv *Gerontološka medicinska sestra*. Budući da Velika Britanija ima najdulju tradiciju edukacije medicinskih sestara u Europi, strategija je rađena na temelju standarda specijalističke edukacije *United Kingdom Central Council for Nursing and Midwifery and Health Visiting* (UKCC) (WHO 2003, 8–34). Prema navedenom kurikulumu gerontološka medicinska sestra je „medicinska sestra koja radi sa starijim osobama, provodeći zdravstvenu njegu, kao punopravni član multidisciplinarnog zdravstvenog i socijalnog tima, u različitim ustanovama koje skrbe za starije osobe. Gerontološka sestra ima uspješno završenu specijalističku edukaciju koja se temelji na općem obrazovanju medicinskih sestara.“ (WHO 2003, 6). Edukacija prema tom modelu za

⁴ ECTS – eng. *European Credit Transfer and Accumulation System*

sada se provodi u Portugalu, Italiji te djelomično u Sloveniji i Austriji (Zampieron i sur. 2012, 219). Prema istraživanju Lahtinen i suradnika (2014) gerontološka edukacija medicinskih sestara na specijalističkoj razini omogućena je samo u Njemačkoj, ali ne zagovaraju svi autori specijalistički model edukacije kao idealan. Lally i Crome (2007) navode da edukacija o starenju i starijim osobama ne bi smjela biti na razini specijalizacije jer se gotovi svi profili zdravstvenih radnika u radu susreću sa starijim osobama, te bi ta edukacija trebala biti na razini osnovnog kurikulumuma (Lally i Crome 2007, 367). Drugi razlog je da studenti, najčešće zbog negativne slike gerontološkog sestrinstva, preopterećenog kurikulumuma i nedovoljnog broja educiranih predavača, iskazuju manje interesa za tu vrstu specijalizacije te je prijedlog da se više gerontoloških sadržaja uključi u već postojeće planove edukacije na svim razinama obrazovanja i kod svih profila zdravstvenih radnika (Deschodt i sur. 2010, 143). S obzirom na razlike u programima studija sestrinstva pojedinih europskih zemalja teško je utvrditi koliko je točno gerontoloških sadržaja zastupljeno unutar svakog pojedinog programa.

Budući da je u ovom radu istraživanje provedeno u Hrvatskoj i u Sloveniji, usporedit ćemo edukaciju medicinskih sestara iz područja zdravstvene njege starijih osoba u te dvije države. Edukacija medicinskih sestara u Hrvatskoj odvija se na srednjoškolskoj razini te na razni prvog i drugog bolonjskog stupnja. Obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj odvija se na srednjoškolskoj razini u trajanju od pet godina, nakon čega dobivaju naziv medicinska sestra / medicinski tehničar opće njege i mogu se upisati u Registar Hrvatske komore medicinskih sestara. Nakon toga, moguća je edukacija na Sveučilišnom preddiplomskom studiju ili Stručnom preddiplomskom studiju sestrinstva koji traje tri godine, iznosi ukupno 4600 sati nastave, a nakon završenog studija polaznici stječu naziv Sveučilišna/stručna prvostupnica sestrinstva. Nakon toga postoji mogućnost upisa Sveučilišnog diplomskog studija ili Specijalističkog diplomskog stručnog studija u trajanju od dvije godine nakon kojeg polaznici dobiju naziv magistra/magistar sestrinstva (Sveučilišni diplomski studij) ili diplomirana medicinska sestra/tehničar (Specijalistički diplomski stručni studij) (Domitrović i sur. 2018, 231). U Sloveniji se edukacija medicinskih sestara odvija prema sličnom modelu kao i u Hrvatskoj: nakon završenog dvanaestogodišnjeg općeg obrazovanja moguće je nastaviti školovanje na razini visokoškolskog strukovnog obrazovanja prvog stupnja iz područja zdravstvene njege koje traje tri godine i iznosi 4600 sati nastave te se stječe naziv *diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik*, a nakon toga na visokoškolskoj razini obrazovanja drugog stupnja (magistarski studij) stječe se naziv magistra/magistar zdravstvene njege (Domitrović i sur. 2018, 233). Postoji mogućnost

edukacije i na srednjoškolskoj razini, čime polaznici dobivaju naziv tehničarke/tehničara zdravstvene njege i ulaze u Registar medicinskih sestara, ali ne dobivaju licencu za samostalan rad, dok diplomirane medicinske sestre dobivaju licencu za samostalan rad koju moraju obnavljati svakih sedam godina kroz usavršavanja i stručne edukacije (Dornik i sur. 2005, 199). U Sloveniji postoji plan uvođenja specijalizacija za medicinske sestre nakon završenog diplomskog studija sestrinstva. Planira se uvođenje deset specijalizacija od kojih su dvije gerontologija i sestrinstvo u zajednici (Domitrović i sur. 2018, 234), što će podići kvalitetu skrbi za starije osobe i približiti sestrinstvo u Sloveniji ostalim europskim zemljama sa sličnom edukacijom.

U Hrvatskoj i u Sloveniji postoji nedostatak visokoobrazovanih medicinskih sestara. Prema podacima iz 2017. godine u Hrvatskoj je zaposleno 380 medicinskih sestara sa završenim Sveučilišnim diplomskim ili Specijalističkim diplomskim stručnim studijem sestrinstva te njih 6742 sa završenim Sveučilišnim ili Stručnim dodiplomskim studijem sestrinstva (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2019). U Sloveniji su 2017. godine registrirane 5732 diplomirane medicinske sestre i 72 magistre zdravstvene njege (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018).

U Republici Hrvatskoj i Republici Sloveniji u sustavu školovanja medicinskih sestara postoje razlike u edukaciji o zdravstvenoj njezi starijih osoba u odnosu na razinu obrazovanja. Prema Strukovnom kurikulumu za zvanje medicinska sestra / tehničar opće njege navedeno je da učenici u srednjim medicinskim školama u Republici Hrvatskoj imaju 34 sata predavanja i 102 sata vježbovne nastave kolegija Zdravstvena njega starijih osoba u završnoj godini školovanja (MZOS RH 2011). Ista kategorija učenika u Republici Sloveniji ima 70 sati predavanja i 224 sata vježbi kolegija *Zdravstvena nega v gerontološki dejavnosti* u trećoj godini školovanja i to je izborni modul, što znači da ga učenik može i ne mora izabrati (Srednja zdravstvena šola Ljubljana 2015).

U Republici Hrvatskoj studenti treće godine Preddiplomskog studija sestrinstva do 2014. godine imali su 15 sati predavanja, 15 sati seminara i 45 sati vježbovne nastave kolegija Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika (Sveučilište Sjever 2015), a nakon 2014. godine dolazi do unificiranja i promjene studijskog programa koji se usklađuje s europskom Direktivom 2013/55/EU po kojoj, između ostalog, navedeni kolegij mijenja naziv u Zdravstvena njega starijih osoba i ima 30 sati predavanja, a satnica seminara i vježbovne nastave ostaje ista. Prema novom studijskom programu provodi se unificirana nastava na svim hrvatskim visokoškolskim ustanovama koje educiraju medicinske sestre na razini

prvog bolonjskog stupnja. U Tabeli 1. prikazana je usporedba studijskog programa za navedeni kolegij prije i nakon 2014. godine te promjena u satnici.

Tabela 1: Promjene studijskog programa preddiplomskog studija Sestrinstva u Republici Hrvatskoj za kolegij Zdravstvena njega starijih osoba nakon 2014. godine⁵

Nastavni plan i program 2009./2010.					Nastavni plan i program 2014./2015. Direktiva 2013/55/EU				
Kolegij	P	S	V	ECTS	Kolegij	P	S	V	ECTS
Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika	15	15	45	5	Zdravstvena njega starijih osoba	30	15	45	4

Izvor: Sveučilište Sjever Varaždin 2011; Sveučilište Sjever Varaždin 2015.

Kao primjer programa za studij sestrinstva u tabeli 2 prikazana je satnica kolegija Zdravstvena njega starijih osoba koji je obavezan u Hrvatskoj i dio je unificiranog programa za sve dodiplomske studije sestrinstva u Hrvatskoj. U Sloveniji su uzeti primjeri s Univerze v Novem mestu i Univerze v Ljubljani.

Tabela 2: Usporedba kolegija s gerontološkim sadržajem i programom studija sestrinstva prvog bolonjskog stupnja u Hrvatskoj i u Sloveniji

Država	Naziv kolegija	Opterećenje studenta			
		P	S	V	ECTS
Hrvatska	Zdravstvena njega starijih osoba – obavezan	30	15	45	4
Slovenija 1	Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo – obavezan	30	15	475	18
Slovenija 2	Zdravstvena nega starostnika in rehabilitacija – obavezan	30	–	360	15

Izvor: Sveučilište Sjever Varaždin 2015; Univerza v Novem mestu 2020; Univerza v Ljubljani 2020.

U Sloveniji, na Univerzi v Novem mestu, kolegij Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo nosi 45 sati predavanja, 15 sati seminara i 190 sati vježbovne nastave (Univerza v Novem mestu 2020). Na Univerzi v Ljubljani postoji kolegij Zdravstvena nega starostnika in rehabilitacija koji nosi 30 sati predavanja i 360 sati vježbovne nastave koji

⁵ P = predavanja; S = seminari; V = vježbe; ECTS = European Credit Transfer and Accumulation System

nosi 15 ECTS bodova opterećenja studenata. Iz tih podataka vidljivo je da je i na srednjoškolskoj razini i na visokoškolskoj razini u Sloveniji veći broj kolegija koji se bave gerontološkom problematikom te je i veća satnica teoretske i praktične nastave s tim sadržajem.

Prije uvođenja unificiranog programa preddiplomskog Studija sestrinstva, do 2014. godine, u Hrvatskoj je postojao samo jedan kolegij koji se bavi isključivo bolesnim starijim osobama, dok u Sloveniji kolegij obuhvaća i gerontologiju kao granu medicine koja se bavi starijim osobama i rehabilitaciju. Zbog većeg broja sati vježbovne nastave studenti sestrinstva u Sloveniji imaju više i češće kontakte sa starijim osobama, što je izuzetno važno za znanje o starijim osobama i starenju te za stavove prema starijim osobama u zemljama s rastućim brojem starijih osoba. U Sloveniji je, uz veću satnicu sadržaja vezanih za starije osobe, potrebno uskladiti edukaciju na dodiplomskoj i diplomskoj razini kako bi zdravstveno osoblje steklo dovoljno znanja o posebnostima starije dobi, bolestima koje se javljaju u starijoj životnoj dobi te o posebnim potrebama starijih osoba (Železnik 2010, 44). Međutim, ne postoje zajednički kriteriji za sva učilišta u Sloveniji kako bi se ujednačile kliničke kompetencije medicinskih sestara, kao što je to u Hrvatskoj od 2014. godine (Ličen i Plazar 2015, 607). Na studijima sestrinstva ili zdravstvene njege drugog bolonjskog stupnja, što je u Sloveniji *Magistrski studij Zdravstvene vede*, smjer *Zdravstvena nega*, a u Hrvatskoj Diplomski specijalistički stručni studij ili Diplomski sveučilišni studij sestrinstva situacija je slična. Usporedbom nasumično izabranih programa studija drugog bolonjskog stupnja može se vidjeti da u Sloveniji u dva programa studija Zdravstvene nege nema obveznih kolegija s gerontološkim sadržajima. Na jednom studiju postoji izborni kolegij *Gerontološka zdravstvena nega* s 30 sati predavanja, 20 sati seminara i 120 sati kliničkih vježbi, a kolegij nosi opterećenje od 15 ECTS bodova te na drugom programu kolegij *Sodobni pristopi na području gerontološke zdravstvene nege* s opterećenjem od 5 ECTS bodova (Univerza v Ljubljani 2020; Alma mater Europaea – ECM 2019).

U Hrvatskoj na Diplomskom stručnom specijalističkom studiju Javno zdravstvo postoji kolegij Sestrinstvo u sustavu socijalne zaštite koji u sklopu programa ima i dio sadržaja o skrbi za starije osobe, ali nije cijeli vezan za starije osobe te ima 30 sati predavanja, 30 sati seminara i 30 sati vježbi, a nosi 8 ECTS bodova (Zdravstveno veleučilište Zagreb 2019). Na Diplomskom sveučilišnom studiju sestrinstva postoji izborni kolegij Gerijatrija i gerontologija u sestrinstvu i palijativna skrb s 20 sati predavanja, 30 sati seminara i 40 sati vježbi te nosi 4 ECTS bodova (Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet 2019).

Usporedba satnice i opterećenja studenta na pojedinim studijima sestrinstva drugog bolonjskog stupnja vidljiva je u Tabeli 3.

Tabela 3. Usporedba kolegija s gerontološkim sadržajima na hrvatskim i slovenskim studijima sestrinstva drugog bolonjskog stupnja

Država	Naziv kolegija	Opterećenje studenta			
		P	S	V	ECTS
Hrvatska Diplomski stručni	Sestrinstvo u sustavu socijalne zaštite – obvezan, dio kolegija pokriva gerontološku tematiku ZVU	30	30	30	8
Hrvatska Diplomski sveučilišni	Gerijatrija i gerontologija u sestrinstvu i palijativna skrb – izborni kolegij MEF	20	30	40	4
Slovenija	Gerontološka zdravstvena nega – izborni Univerza v Ljubljani	30	20	150	15
	Sodobni pristopi na područje gerontološke zdravstvene nege – izborni AMEU – ECM	Nema podatka	Nema podatka	Nema podatka	5
	Gerontološka zdravstvena nega – izborni modul sastavljen od tri kolegija Univerza v Novem mestu				
	Zdravstveni i psihosocijalni vidiki staranja	30	30	–	8
	Zdravstvena oskrba starostnika	30	30	–	8
	Oskrba oseb z demenco	30	30	–	8

Izvor: Zdravstveno veleučilište Zagreb (ZVU) 2019; Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet (MEF) 2019; Univerza v Ljubljani 2020; Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor (AMEU – ECM) 2019; Univerza v Novem mestu 2020.

Prema navedenim podacima vidljivo je da je izuzetno malo gerontoloških sadržaja zastupljeno u programima studija sestrinstva i u Hrvatskoj i u Sloveniji na prvom i drugom bolonjskom stupnju, ali u Sloveniji je zamjetno više zastupljen praktični dio nastave unutar postojećih kolegija, posebno na prvom bolonjskom stupnju. Izuzetak je Univerza v Novem mestu koja na drugoj godini studija Zdravstvene vede ima izborni modul Gerontološka zdravstvena nega koji se sastoji od tri kolegija s gerontološkom tematikom. Svaki taj kolegij ima po 30 sati predavanja i 30 sati seminara te nosi po 8 ECTS bodova opterećenja studenta.

To znači da cijeli modul ima 24 ECTS boda opterećenja (Univerza v Novem mestu 2020) što je svakako svijetli primjer šire edukacije studenata sestriinstva na području gerijatrije i gerontologije, ali još uvijek kao izbor studenta, a ne kao obvezni modul.

Iako u nekim istraživanjima, kao što je ono autora Linde Allan i Jamesa Johnsona (2009), nije neosporno potvrđena veza između poznavanja činjenica o starijim osobama i stavova prema njima, postoje i istraživanja koja su potvrdila tu hipotezu. U radu skupine autora na čelu s dr. Braun iz 2005. autori su proveli edukaciju osoblja koje je direktno uključeno u njegu starijih osoba prema vlastitom prilagođenom kurikulumu. Rezultat edukacije je bilo veće znanje i posljedično pozitivniji stavovi te empatija osoblja prema starijim osobama. Autori naglašavaju potrebu uvođenja modela aktivnog učenja za sve osoblje koje se bavi njegom starijih osoba (Braun i sur. 2005, 123). Količina nastave je važna, međutim, naglasak mora biti i na kvaliteti. Uvođenje simulatora u nastavu također može povećati znanje studenata o gerijatrijskoj problematici. Istraživanje provedeno 2013. godine gdje su autori ispitivali znanje preddiplomskih studenata koji koriste simulacije u nastavi i onih koji ne koriste, pokazalo je značajno veće znanje studenata koji su prošli nastavu sa simulatorom od onih koji su bili podučavani na klasičan način (Fisher i Walker 2013, 427). Veći broj autora (Lally i Crome 2007, 367; Koh 2012, 19; King i sur. 2013, 11; Levy i sur. 2020, 178) navodi da upravo edukacija može utjecati na studente da kasnije izaberu rad sa starijim osobama te da ustanove za edukaciju zdravstvenih kadrova moraju poraditi na tome da kod studenata stvore pozitivne stavove prema starijim osobama i prema radu s njima. Pri tome nije dovoljna samo edukacija, nego se očekuje i da će osobe koje imaju češće i kvalitetnije kontakte sa starijim osobama imati manje predrasuda i da će pokazati veće znanje vezano za starenje i stariju dob, a autori tu posebno ističu osobe koje žive sa starijom osobom u domaćinstvu (Schwartz i Simmons 2010, 135). Sherry Levy (2018) u svrhu smanjenja negativnih stereotipa, straha od starenja, predrasuda i diskriminacije vezane za osobe starije dobi predlaže dva osnovna načina edukacije. Jedan je učenje činjenica o starenju, procesima koji nastupaju u organizmu uslijed starenja i učenje o pozitivnim ulogama starijih osoba u društvu, a drugi je kontakt sa starijim osobama na ravnopravnoj i suradničkoj razini koji bi uključivao i dijeljenje osobnih informacija i životnih priča (Levy 2018, 230). Takav način suzbijanja predrasuda predlaže i jedna od najcitiranijih teorija kojima se pokušava objasniti smanjenje predrasuda između članova različitih skupina, Allportova hipoteza optimalnog kontakta. Prema toj teoriji je kontakt s pripadnicima vanjskih skupina jedan od čimbenika koji djeluju na formiranje pozitivnih stavova odnosno smanjenje predrasuda prema pripadnicima vanjske skupine. Međutim, prema Allportovoj hipotezi kontakt s pripadnicima

drugih skupina ne može biti nedefiniran, nego mora imati određene elemente kako bi polučio uspjehom. Prema Allportu preduvjeti za uspješan kontakt su sljedeći: međusobna ovisnost sudionika, zajednički cilj, ravnopravan status članova, neformalni interpersonalni kontakt, višestruki kontakt s raznim članovima grupe te postojanje socijalnih normi koje promoviraju ravnopravnost pripadnika grupa (Allport 1958, 255). Te odrednice kvalitetnog kontakta i danas stoje, a pokazalo je to i istraživanje Anguillo i sur. iz 2006. gdje je dokazan značajan utjecaj edukacije i kontakta na stvaranje pozitivnih stavova studenata o starijim osobama (Anguillo i sur. 2006, 491), istraživanje poboljšanja stavova studenata medicine kroz „Savjetovalište za starije“ (Westmoreland i sur. 2009, 319) te istraživanje iz 2014. u kojem je dokazana povezanost kontakta s pozitivnim stavovima prema starijim osobama (Bousfield i Hutchinson 2014, 462). Kada se povezuje znanje studenata sestrinstva sa stavovima prema starijim osobama, neka istraživanja su dokazala da dodatna nastava iz područja gerijatrije čini i stavove studenata pozitivnim (Baumbusch i sur. 2012, 7). Međutim, takva nastava nije idealna zbog preopterećenosti studenata, odnosno dodatno opterećenje studenata i bilo kakvim sadržajima može izazvati negativne konotacije kod njih. Zbog toga dio autora predlaže uvrštavanje gerontoloških sadržaja u sve kolegije u koje je smisleno uvrstiti takve sadržaje (Deschodt i sur. 2010, 143). Jedan od prijedloga je i edukacija medicinskih sestara s područja gerontologije na poslijediplomskoj ili specijalističkoj razini. Međutim, tu se postavlja pitanje zainteresiranosti studenata za tu specijalizaciju zbog općeg stava da je rad sa starijim osobama zamoran, neisplativ i neatraktivan, a od strane drugih zdravstvenih djelatnika i podcjenjivan (Hvalič Touzery i sur. 2013).

Da bi mogle raditi u patronažnoj skrbi, patronažne sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji moraju imati završen najmanje preddiplomski studij sestrinstva. S obzirom na to da se radi o zdravstvenoj skrbi u domu pacijenta, a ne u zdravstvenoj ustanovi, takav način rada zahtijeva sveobuhvatno i široko znanje medicinskih sestara, a ne usko specijalizirano znanje, kao što je to slučaj kod medicinskih sestara zaposlenih u bolnicama. Danas je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti definirano da patronažna medicinska sestra mora imati završen najmanje dodiplomski studij sestrinstva (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske 2016) što joj daje šire kompetencije od medicinskih sestara sa završenom srednjom školom. Patronažne sestre u skrbi nemaju samo starije osobe, nego i druge dobne skupine stanovništva, od trudnica, novorođenčadi, djece do kroničnih bolesnika, a isto tako njihova uloga nije samo kurativna, nego i savjetodavna, edukativna, preventivna te je njihov rad usmjeren zajednici, a ne samo pojedincima (Županić 2013, 5). Patronažne sestre su izuzetno važne za socijalno – preventivni i edukativni element koji je važan dio primarne zdravstvene

zaštite (Mazzi 2011, 2), ali zbog povećanja opsega posla iz područja kurativne skrbi preventivni dio njihovog posla često ostaje zapostavljen (Kanišek i sur. 2016; Železnik i sur. 2011). Budući da patronažne sestre u svojoj skrbi imaju starije osobe i njihove obitelji, javljaju se i neki problemi s kojima se moraju suočavati u svojem radu koji bi se mogli riješiti adekvatnom edukacijom. U europskim zemljama patronažne sestre imaju ulogu promatrača, konzultanta i obiteljskog asistenta koji pomaže i obitelji starije osobe i starijoj osobi da se nose s poteškoćama (Jarosz i Włoszczak-Szubzda 2013, 643). Rad izvan zdravstvene ustanove za medicinske sestre nosi niz izazova. Takav rad zahtijeva samostalnost, sposobnost samoorganizacije te visoke komunikacijske vještine i samosvjesnost. Kao jedan od češćih problema u njihovom radu patronažne medicinske sestre navode osjećaj opterećenja savjesti. Ericson-Lindman i suradnici (2012) navode da do pojave opterećenja savjesti dolazi zbog različitih zahtjeva prema patronažnim medicinskim sestrama na terenu koji ih prisiljavaju da daju prioritet nekim pacijentima zbog razilaženja između potreba posla i privatnog života te očekivanja koja pacijenti imaju prema njima. Javlja se i osjećaj nemoći kod ublažavanja patnje pacijenata što često povezuju s nedostatkom znanja o metodama koje bi se mogle primijeniti, a i osjećaj krivnje zbog sustava ili tima za koji su svjesne da ponekad pruža lošu ili nedovoljnu skrb starijim osobama (Ericson-Lindman i sur. 2012, 215). Rad patronažnih medicinskih sestara ima niz specifičnosti i izazova za medicinsku sestru te je zbog toga patronažnim medicinskim sestrama potrebna sveobuhvatnija i temeljitija edukacija, nego drugim profilima medicinskih sestara. Dobar primjer za to su specijalizacije za medicinske sestre u zajednici koje su omogućene u Velikoj Britaniji koja je kolijevka modernog sestrinstva.

2.5 Povijesni razvoj patronažne službe u europskim zemljama

Kao prve koje su provodile njegu bolesnika u zajednici, u povijesnim zapisima, spominju se katoličke Sestre milosrdnice koje je u 17. stoljeću organizirao sv. Vinko Paulski. One su posjećivale bolesnike u kućama i pružale im potrebnu njegu. Luteranske Đakoneze također su posjećivale bolesnike u kućama, a djelovale su na području Njemačke. Ozbiljan razvoj modernog sestrinstva započinje Florence Nightingale koja je 1860. godine osnovala školu za medicinske sestre pri bolnici Sv. Tome u Londonu (Ball 2013, 34). Florence Nightingale je stavljala edukaciju medicinskih sestara na prvo mjesto. Ona je naglašavala da medicinske sestre moraju biti educirane da bi mogle kvalitetno raditi svoj posao. U školi su se educirale medicinske sestre koje su kasnije radile u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama.

Budući da nije bilo dovoljno bolnica, Florence Nightingale i William Rathbone u Liverpoolu osnovali su *District Nursing Service* za koji bismo mogli reći da je preteča današnje patronažne službe. *District nursing* je u početku funkcionirao na volonterskoj osnovi, a kako su potrebe rasle razvijala se i služba sve do profesionalizacije službe (Ball 2013, 35). *District nurses* radile su na podršci, organizaciji i dostavljanju pomoći ljudima koji su trebali pomoć u kući. Pružale su sestrinsku skrb u akutnim stanjima, ali i dugotrajnu skrb za kronične bolesnike. Iz Velike Britanije se djelatnost patronažne službe proširila po cijeloj Europi i služba medicinskih sestara u zajednici razvijala se različito u pojedinim europskim zemljama, ovisno o uređenju zdravstvenog sustava.

Iako je razvoj sestrinstva u Hrvatskoj počeo još 1845. godine dolaskom šest medicinskih sestara sa školovanja u Austriji na područje današnje Hrvatske (Kalauz i sur. 2008. 298), u zemljama bivše Jugoslavije kojima su pripadale i današnja Hrvatska i Slovenija školovanje medicinskih sestara započelo je 1921. godine u Školi za sestre pomoćnice u Zagrebu. Zaslužni za njeno osnivanje su dr. Andrija Štampar i dr. Vladimir Čepulić, a škola je imala dva smjera: sestrinski i bolnički. Medicinska sestra koja je vjerojatno najzaslužnija za osnivanje patronažne službe u Hrvatskoj je Lujza Wagner Janović koja je, nakon školovanja u Zagrebu te studija u SAD-u i Kanadi, u Zagrebu 1930. godine osnovala Središte sestara za socijalno – higijenski rad. Središte je bilo osnova za kasnije pokretanje patronažne službe u Hrvatskoj (Mojsović 2005, 11). Od 1952. godine patronažne medicinske sestre su uključene u timove liječnika opće medicine unutar Domova zdravlja, a nakon Domovinskog rata patronažna služba je izdvojena iz liječničkih timova te se osniva zasebna patronažna služba unutar svakog Doma zdravlja čime su patronažne medicinske sestre oslobođene ambulatnog rada, ali dobivaju u skrb više pacijenata na terenu. U tom periodu je, zbog velikog broja kronično bolesnih i funkcionalno onesposobljenih pacijenata na terenu, zapostavljena preventivna djelatnost patronaže na račun kurativne djelatnosti. Od 1997. otvorena je u Hrvatskoj mogućnost privatne djelatnosti Zdravstvene njege u kući koja djelomično rasterećuje patronažnu djelatnost, preuzevši dio kurativnih postupaka u liječenju bolesnika u kući, a patronažna sestra nadzire rad medicinskih sestara zdravstvene njege u kući (Kanišek i sur. 2016, 58). Danas patronažne sestre u Hrvatskoj rade unutar 49 Domova zdravlja raspoređenih u županijskim centrima u Hrvatskoj i njihov broj u pojedinom Domu zdravlja ovisi o broju stanovnika na teritoriju Doma zdravlja.

U Sloveniji se začetnicom patronažne službe medicinskih sestara smatra Angela Boškin. Ona je 1918. u Beču završila školu za zanimanje sestra za njegu. Od 1919. godine radila je u Jesenicama i u povijesti sestrinstva zabilježena je kao prva sestra socijalno-zdravstvenog

smjera i jedna od osnivačica škole za sestre za njegu 1924. godine. U povijesti je zabilježena kao utemeljiteljica poziva, struke i profesionalizacije zdravstvene njege. Još 1919. u bivšoj Jugoslaviji donesen je proglas o osnivanju službe sestara za njegu za koje možemo reći da su preteča današnjih patronažnih sestara. Krajem 1923. osnovana je jednogodišnja škola za školovanje dječje *zaštitne sestre* koja 1931. godine postaje trogodišnja *Šola za zaštitne sestre*. Tek nakon Drugog svjetskog rata u Sloveniji se razvila patronažna služba za koju je važno istaknuti da su u njoj radile diplomirane *zaštitne sestre*, koje su završile trogodišnje školovanje, a naglasak njihovog djelovanja bila je preventivna njega (Skela Savič 2019, 152). Danas je patronažna zdravstvena služba u Sloveniji organizirana kao samostalna služba ili organizacijska jedinica zdravstvene službe na primarnoj razini zdravstvene zaštite (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005; Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2005). Prema podacima iz 2017. godine u patronažnoj službi je putem koncesije zaposleno 113 patronažnih medicinskih sestara, a ostale su zaposlene u Radnoj jedinici patronažne službe unutar Domova zdravlja (Završ Džananović 2018, 46).

2.6 Sustavi skrbi za starije osobe u Hrvatskoj i u Sloveniji

Povećanje broja starijih osoba u ukupnom broju stanovnika razvijenih zemalja rezultiralo je manje ili više uspješnim sustavima skrbi za starije osobe koji su dio zdravstvenog ili socijalnog sustava pojedinih država. Do prije pedeset godina najveći dio starijih osoba živio je u svom domu sa svojom odraslom djecom i unucima. Obitelji su bile mnogobrojne, s nekoliko generacija unutar jedne obitelji te su pružali podršku i zaštitu najmlađim i najstarijim članovima. Tada je i životni vijek bio kraći i nije bilo puno ljudi koji su doživljavali duboku starost. Današnje generacije starijih osoba žive drugačije od svojih predaka, žele visoku kvalitetu života, žele ostati neovisni i aktivni što dulje (Strategija skrbi za starije osobe 2017–2020) te češće žive sami u vlastitom kućanstvu (Jedvaj i sur. 2014, 139). Ulaskom takozvane „Baby boom“⁶ generacije u treću životnu dob javilo se nekoliko fenomena. Posebnost te generacije je da je mijenjala svaki period života u koji su stupili njeni pripadnici, dovodili su u pitanje vrijednosti i stavove u društvu, a danas mijenjaju sve što znamo o starenju i starosti. Možda najznačajnije obilježje te generacije je da paze na svoje zdravlje, da su aktivni i u trećoj dobi, žive puno duže od 65 godina, te su izuzetno

⁶ „Baby boom“ generacija je demografska kohorta koja slijedi „Tihu generaciju“ i dolazi prije „Generacije X“. Definira se kao sve osobe rođene između 1946. i 1964. godine (Pruchno 2012, 149).

heterogena skupina s velikim individualnim razlikama. To traži od socijalnih i zdravstvenih institucija da se prilagode novonastaloj situaciji provođenjem zdravstvene skrbi, prijevoza, smještaja te podrške obiteljima kojima je to potrebno (Pruchno 2012, 149). Općenito, danas se skrb za starije osobe dijeli na institucionalnu i izvaninstitucionalnu, a sve češće se u literaturi i u praksi koristi pojam dugotrajne skrbi⁷ za starije osobe koja integrira sve oblike skrbi za starije osobe. Institucionalna skrb je naziv za skrb za starije osobe gdje se osoba smješta najčešće u dom za starije osobe⁸. Izvaninstitucionalna skrb je zajednički naziv za neke druge oblike smještaja i usluga, pa starija osoba može biti smještena u udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu, organiziranom stanovanju ili u zajednici stambenih jedinica⁹, a može živjeti i u svom domu uz određenu razinu socijalnih usluga, odnosno pomoć u kući (Strategija skrbi za starije osobe 2017–2020, 13).

Prema podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku Republike Hrvatske iz 2015. godine institucionalnu skrb za starije osobe je pružalo 197 pružatelja i to: tri državna doma za stare i nemoćne, 45 županijskih domova za stare i nemoćne, 97 domova drugih osnivača i 52 doma kojima su osnivači udruge, vjerske zajednice ili druge pravne osobe i obrtnici. Ukupno je u takve ustanove na razini Republike Hrvatske bilo smješteno 17 141 starija osoba, a kapaciteti pokazuju da u raznim oblicima smještaja može biti smješteno ukupno 3, 68 % svih starijih osoba u Republici Hrvatskoj (Strategija skrbi za starije osobe 2017–2020, 17). U Sloveniji institucionalna skrb ima dugu tradiciju. Radi se o domovima za starije osobe koji su raspoređeni diljem zemlje. Krajem 2018. godine u Sloveniji je bilo 59 javnih domova i 43 doma za starije osobe u koncesiji (Skupnost socialnih

⁷ Dugotrajna skrb (*Long-term care*) uključuje razne usluge dizajnirane za zadovoljavanje zdravstvenih ili osobnih potreba osobe tijekom kratkog ili dugog razdoblja. Ove usluge pomažu ljudima da žive što je moguće neovisnije i sigurnije kada više ne mogu svakodnevno obavljati svakodnevne aktivnosti. Dugotrajnu skrb pružaju na različitim mjestima različiti njegovatelji, ovisno o potrebama osobe. Većinu dugotrajne skrbi pružaju kod kuće neplaćeni članovi obitelji i prijatelji. Može se pružati i u ustanovama kao što su starački domovi ili u zajednici, na primjer u dnevnom centru za odrasle osobe (WHO 2015, 127).

⁸ Dom socijalne skrbi kojeg sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi i Zakonu o ustanovama može osnovati država, JLP(R)S, vjerska zajednica, trgovačko društvo, udruga te druga domaća i strana pravna ili fizička osoba (Strategija skrbi za starije osobe 2017–2020, 15).

⁹ Obiteljski dom pruža uslugu smještaja za najmanje 5 i najviše 20 starijih osoba, u organiziranom stanovanju u jednoj stambenoj jedinici može biti smješteno najviše 8 osoba, a u udomiteljsku obitelj mogu biti smještene najviše 4 starije osobe (Strategija skrbi za starije osobe 2017–2020, 15).

zavodov Slovenije 2019) koji smještaju oko 4,4 % osoba starijih od 65 godina (Prevolnik Rupel i sur. 2010, 22).

Iako se domovi za starije i nemoćne osobe neprestano moderniziraju, popunjavaju svoje prostore novim sadržajima i pokušavaju za svoje stanovnike biti uistinu „dom“, starije osobe u pravilu ne vole mijenjati mjesto stanovanja i uz rijetke izuzetke ne žele ići u dom za starije osobe dok to nije nužno. Prilagođavanje socijalne politike potrebama i željama starijih osoba veliki je izazov za društvo. U zapadnim zemljama sve više se reducira institucionalni smještaj kao oblik nužnog, ali nepoželjnog smještaja za starije osobe, a sve se više radi na razvijanju kapaciteta i raznovrsnosti izvaninstitucijskih oblika skrbi koji bi bili u skladu s potrebama i željama korisnika (Grebenc 2014, 134). Pri tome treba naglasiti da starije osobe nisu homogena grupacija ljudi koji svi imaju iste potrebe i želje, nego da se svakom pojedincu treba pristupati pojedinačno te usluge koje se nude u zajednici individualno prilagoditi. Osim što institucionalna skrb nije najsretnije rješenje za skrb o starijim osobama, institucionalni kapaciteti pokazali su se nedostatnima, posebno sada kada broj starijih osoba naglo raste (Dobrotić 2016, 34). Izvaninstitucijske usluge za starije osobe svakako imaju prednosti, ali su još uvijek relativno slabo razvijene i u Hrvatskoj i u Sloveniji. U Hrvatskoj postoje udomiteljske obitelji, obiteljski domovi i organizirano stanovanje, ali svi ti oblici izdvajaju stariju osobu iz njegovog doma i zahtijevaju prilagođavanje velikim promjenama. Oblici skrbi koji se nude u zajednici nisu dostupni u svim područjima. Iskorak prema kvalitetnijoj izvaninstitucijskoj skrbi Hrvatska je napravila osnivanjem Gerontoloških centara. To su „multifunkcijski centri neposredne i integralne multidisciplinarne skrbi u lokalnoj zajednici gdje starija osoba ima aktivnu ulogu u svom prebivalištu. Često su vezani za domove za starije osobe, ali ne moraju biti“ (Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar 2019). Takvi centri u Hrvatskoj postoje u većim gradovima i prema podacima iz 2006. godine u Hrvatskoj ih je postojalo 29, od kojih 9 u gradu Zagrebu (Tomek – Roksandić 2006, 2). Jedan od oblika izvaninstitucijske skrbi je i pomoć u kući koju procjenjuje Centar za socijalnu skrb, a dodjeljuje se starijoj osobi kojoj je potrebna pomoć druge osobe, a to joj ne mogu pružiti članovi obitelji te ako njena primanja ne prelaze propisani prihodovni cenzus (Zakon o socijalnoj zaštiti NN 152/14). Pomoć u kući obuhvaća organiziranje prehrane, obavljanje kućanskih poslova i pomaganje oko osobne higijene te prema potrebi i pomoć oko zadovoljavanja drugih osobnih potreba. „Usluge pomoći u kući pruža centar za pomoć u kući, dom socijalne skrbi, centar za pružanje usluga u zajednici, udruga, vjerska zajednica i druga pravna osoba i obrtnici te fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi, u skladu s uvjetima propisanim Zakonom“ (Strategija skrbi za

starije osobe 2017–2020, 14). Boravak je također jedna od izvaninstitucijskih usluga koja se pruža starijim osobama. Boravak može biti cjelodnevni ili poludnevni, može trajati jedan dan, više dana ili svaki dan u tjednu, a uslugu pružaju domovi socijalne skrbi, centri za pružanje usluga u zajednici ili drugi pružatelji usluga (Zakon o socijalnoj skrbi NN 99/15). U gotovo svim gradovima i sve više ruralnih i prometno teško dostupnih mjesta Hrvatske postoje gerontodomačice. To su posebno educirane osobe koje nemaju edukaciju iz područja zdravstva, financiraju se iz sredstava lokalne zajednice ili iz projekata pokrenutih od strane lokalne zajednice ili organizacije Crvenog križa, kako bi se poboljšala kvaliteta života starijih osoba. Gerontodomačice obavljaju za starije osobe poslove pomoći u kući, dostave toplih obroka, dostave lijekova i namirnica, pomoć oko nekih drugih kućanskih poslova te posredovanje u ostvarivanju prava i socijalnih kontakata, a starije osobe često navode i da rješavaju još jedan problem o kojem se još relativno malo govori, a to je usamljenost (Grgić i sur. 2016, 147). Slovenija ima slične modele za skrb o starijim osobama. Uz institucionalnu skrb, u koju spadaju domovi za starije i nemoćne osobe i domovi socijalne skrbi, kao oblike izvaninstitucionalne skrbi, nudi njegu u kući koja se provodi u kući korisnika i socijalnu skrb u sklopu koje se nude usluge pomoći u kući, u kućanskim poslovima i u nekim drugim stanjima koja zahtijevaju pomoć, ne samo kod starijih osoba (Prevolnik Rupel i sur. 2010, 5). Svi ti kapaciteti formalne skrbi nisu dovoljni kako bi se osigurala kvalitetna i pravodobna pomoć za starije osobe u potrebi te je u Sloveniji i u Hrvatskoj još uvijek velika zastupljenost neformalne skrbi za starije osobe koju najčešće provode supružnici ili odrasla djeca starijih osoba. Slovenija ima dugu tradiciju domova za starije osobe, a većina domova za starije osobe u Sloveniji djeluje u javnom sektoru. Budući da je za starije osobe bolje da što duže ostanu u svojoj kući, sve češći su noviji oblici skrbi kao što su dnevni centri i domovi socijalne skrbi (Hlebec i sur. 2014, 8). U Europskoj uniji sve se više radi na razvoju koncepta dugotrajne skrbi, a promjenama koje su vidljive u funkcioniranju domova za starije osobe, oni bi se mogli razviti u „gerijatrijske centre“ koji bi provodili holističku skrb za starije osobe u određenom geografskom području. Zajedno s institucijskom skrbi mogli bi provoditi razne oblike skrbi u zajednici, uz edukacije i treninge za neformalne njegovatelje starijih osoba, ali i formalne njegovateljske servise kojima bi postigli rasterećenje neformalnih njegovatelja (Mali 2019, 222). Za sada još uvijek i u Hrvatskoj i u Sloveniji najveći teret skrbi za starije osobe pada na neformalne njegovatelje, najčešće članove obitelji starije osobe. Nije to problem samo Hrvatske i Slovenije. Eikemo (2018) neformalnu skrb za starije osobe naziva i „sakrivena zdravstvena skrb“ jer je uglavnom provode članovi obitelji starijih osoba iza formalnih oblika skrbi i to ne samo u državama sa slabo razvijenom skrbi, nego i u državama

s dobro organiziranim zdravstvenim sustavom (Eikemo 2018, 433). Neformalna zdravstvena skrb je u velikom dijelu zastupljena i u Hrvatskoj i u Sloveniji. Zapravo, skrb za starije osobe u Sloveniji je kombinacija formalne i neformalne skrbi gdje veliki dio skrbi nose neformalni negovatelji, ali to se razlikuje u različitim dijelovima zemlje s obzirom na to da skrb u zajednici ovisi o organizaciji lokalne vlasti (Hlebec i sur. 2014, 15). Starije osobe čije zdravstveno stanje je toliko narušeno da ne mogu brinuti sami o sebi najčešće moraju preseliti u dom jer izvaninstitucijski servisi ne mogu zadovoljiti njihove potrebe jer nisu dostupni kroz dvadeset i četiri sata. Iako neki autori navode da premještaj starijih osoba u domove za skrb, a i kasniji eventualni premještaj, izaziva još veći pad funkcionalnih sposobnosti kod starije osobe (Holder i Jolley 2012, 314), upitno je bi li doista došlo do pada funkcionalne sposobnosti zbog smještaja u dom ili je do smještaja u dom došlo zbog prethodnog pada funkcionalne sposobnosti. U Hrvatskoj postoji isti problem: najčešći neformalni negovatelji su ženski članovi obitelji koji moraju pomiriti razne uloge u životu uz njegu ostarjelog člana obitelji. Procjenjuje se da se u Europi udio neformalnih negovatelja u općoj populaciji kreće od 8 % do 16 %, a dvije trećine su žene (OECD 2011). Taj udio je veći u mediteranskim zemljama, a nešto manji u sjevernoeuropskim zemljama zbog tradicijskih vrijednosti (Žganec i sur. 2008, 177). Naime, u sjevernoeuropskim zemljama djeca rano odlaze iz roditeljskog doma ne očekujući da se roditelji nakon punoljetnosti brinu za njih, ali isto tako, roditelji ne očekuju od djece da brinu o njima nakon umirovljenja, odnosno u starosti te se više oslanjaju na formalne oblike skrbi. Treba naglasiti da neformalni negovatelji nisu plaćeni za svoj posao, ali ako govorimo o troškovima za njegu, oni postoje na razini obitelji čiji član zahtjeva njegu. Osim toga, negovatelji teško bolesnih osoba najčešće su starije žene koje i same uzimaju lijekove, a muči ih usamljenost. Negovatelji lakše bolesnih osoba su nešto mlađi i ne uzimaju toliko lijekova, ali ih također muči usamljenost zbog neprestanog boravka uz bolesnu osobu. Kod jednih i kod drugih ne radi se o utjecaju negovanja starije osobe na fizičko zdravlje, nego na psihičko zdravlje (Musich i sur. 2017, 15). Javlja se i drugi problem: na početku dvadesetog stoljeća u zapadnim zemljama 60 % starijih osoba je živjelo u kućanstvu sa svojom djecom, do šezdesetih godina dvadesetog stoljeća taj udio je pao na 25 %, a do osamdesetih godina na 15 %. Danas samo 10 % Europljana starijih od 80 godina živi sa svojom djecom, a gotovo 50 % ih živi i bez supružnika (Gawande 2016, 36). Postavlja se pitanje tko će biti neformalni negovatelj ako i kada bude potrebno. Iako nitko od starijih osoba ne želi izgubiti samostalnost i postati ovisan o pomoći druge osobe to se prije ili kasnije dogodi i tada se postavlja pitanje skrbi za stariju osobu. U takvim situacijama dolazimo do koncepta

dugotrajne skrbi koji podrazumijeva sve oblike skrbi za starije osobe, od institucionalne skrbi do izvaninstitucionalne u raznim oblicima, a prilagođeno individualnim potrebama svake osobe. U sklopu dugotrajne skrbi ne samo da bi trebali postojati servisi koji bi direktno pomagali starijim osobama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti samozbrinjavanja, nego bi postojala i organizirana pomoć neformalnim njegovateljima bilo u vidu fizičke i psihološke pomoći ili financijske pomoći u skrbi za stariju osobu. Time bi se ispoštovali sve češći trendovi u suvremenom društvu za „starenje kod kuće“¹⁰, odnosno sadržajni i kvalitetniji život starijih osoba u njihovom domu. Iako takav model skrbi za starije osobe traži povećanje resursa, u prvom redu kadrovskih, te bolju organizaciju izvaninstitucijske skrbi za starije osobe, patronažne medicinske sestre, uz adekvatnu edukaciju, bile bi idealni nositelji i koordinatori takvog oblika skrbi.

2.7 Patronažna sestrinska skrb za starije osobe u zajednici europskih zemalja

Povećanje broja starijih osoba u ukupnom broju stanovnika europskih zemalja zahtijeva prilagodbu svih zdravstvenih i socijalnih službi novim demografskim trendovima. Dok se skrb za starije osobe ranije oslanjala na neformalne njegovatelje ili na skrb u bolnici/ustanovi za njegu starijih osoba, danas se od 50 % do 75 % formalne dugotrajne skrbi obavlja u kući bolesnika (Van Einoo i sur. 2015, 213). Sustav skrbi u kući koji danas postoji kreiran je kada je očekivani životni vijek iznosio oko 60 godina. Danas ljudi žive mnogo dulje i zdravije i očekuje se veliko povećanje broja vrlo starih osoba, iznad 85 godina, te se smatra da današnji sustavi skrbi u zajednici nemaju dovoljno resursa da nose taj teret (Global Coalition on Aging 2018, 14). U većini europskih zemalja skrb za starije osobe u zajednici je podijeljena između zdravstvene i socijalne skrbi što često rezultira lošom koordinacijom skrbi zbog slabe komunikacije. Uz to postoji i teritorijalna podijeljenost i neravnomjernost u raspodjeli skrbi između ruralnih i urbanih područja, što sve dovodi do dugog čekanja i administrativnih poteškoća na štetu starijih osoba (Spasova i sur. 2018, 9). Općenito, dugotrajna skrb za starije osobe u europskim zemljama je vrlo različita. Dok je u skandinavskim zemljama vrlo dobro uređena uz podršku države i lokalne zajednice, u zapadnoeuropskim zemljama uz formalnu socijalnu politiku traži se i financijsko

¹⁰ „Aging in place” – „starenje kod kuće” – termin koji se koristi za osobu koja živi u mjestu svog odabira koliko god dugo može kako stari. To uključuje mogućnost pružanja podrške, kakvu god osoba treba u skladu s time kako se potrebe mijenjaju (Aging in Place 2019).

sudjelovanje korisnika, a u južnim i istočnim zemljama dugotrajna skrb za starije osobe zasniva se uglavnom na sudjelovanju neformalnih i neplaćenih njegovatelja koje neki autori nazivaju „skriveni zdravstveni sustav“ (Glendinning 2013, 552; Eikemo 2018). U Velikoj Britaniji također je veliki udio neformalnih njegovatelja starijih osoba, uglavnom njihove odrasle djece. Međutim, demografske promjene ne donose samo veći broj starijih osoba u populaciji nego što je to ikada bio, već i nedostatak neformalnih njegovatelja starijih osoba. Procjenjuje se da će 2032. godine u Velikoj Britaniji nedostajati 160 000 njegovatelja, a potražnja za njegovateljima premašila je, prema tim procjenama, ponudu već 2017. godine (Pickard 2015, 112). Nekoliko je razloga zbog kojih već sada treba razmišljati o promjenama formalne skrbi za starije osobe: sve je manje dostupnih formalnih njegovatelja zbog promijenjenog obiteljskog obrasca i sve većeg broja samačkih staračkih domaćinstava, povećan je udio žena na tržištu rada, a najčešće su one bile tradicionalni neformalni njegovatelji. Nadalje, povećana je mobilnost radno aktivnog stanovništva, zaposlena djeca odlaze daleko od svojih ostarjelih roditelja, a očekuje se i povećanje dobi za odlazak u mirovinu zbog održivosti mirovinskih sustava (Spasova i sur. 2018, 4). U taj jaz između potreba i ponude za zdravstvenom njegom, ali i za detektiranje i koordiniranje novih načina skrbi, ulaze i patronažne medicinske sestre koje će se sresti s novim izazovima u svojem poslu. Rad patronažnih medicinskih sestara je specifičan u odnosu na medicinske sestre koje rade u ustanovama kao što su bolnice, domovi za starije osobe, ambulante i sl. Patronažna sestra na terenu susreće se s problematikom koja često prelazi njene kompetencije i zahtijeva suradnju s drugim službama, ali i unutar svojih kompetencija, ona mora imati sveobuhvatno znanje te sposobnosti za samostalno rješavanje polivalentne problematike. Takav rad je profesionalno zahtjevniji od rada u zdravstvenoj ustanovi ili instituciji socijalne skrbi. Dva su glavna obilježja rada patronažne službe:

- rad se odvija izvan zdravstvene ustanove, na mjestima gdje ljudi žive i rade
- rad patronažne sestre je u većem dijelu preventivan, odnosno usmjeren promicanju zdravlja i prevenciji bolesti (Mojsović i sur. 2005, 126).

Jako dobar i sveobuhvatan opis uloge patronažne medicinske sestre u zajednici dat je u dokumentu Svjetske zdravstvene organizacije (2000) koji se odnosi na ustroj i edukaciju obiteljskih medicinskih sestara. Prema tom dokumentu uloga obiteljskih medicinskih sestara je:

„...pomaganje pojedincima i obiteljima da se nose s bolestima i kroničnim bolestima i/ili invaliditetom ili u vrijeme stresa provodeći velik dio svog vremena radeći s pacijentima u njihovim

domovima i s njihovim obiteljima. Zadatci medicinskih sestara su davanje savjeta o čimbenicima životnog stila i ponašanja, kao i pomoć obiteljima u pitanjima koja se tiču zdravlja. Kroz brzo otkrivanje problema mogu osigurati da se zdravstveni problemi obitelji liječe u ranoj fazi. Svojim znanjem o javnozdravstvenim i socijalnim pitanjima uz socijalne službe mogu utvrditi učinke socioekonomskih čimbenika na zdravlje obitelji i uputiti ih odgovarajućoj službi. One mogu olakšati ranije otpuštanje ljudi iz bolnice pružanjem njege kod kuće, mogu djelovati kao veza između obitelji i obiteljskog liječnika te pozvati liječnika kada utvrđene potrebe prelaze kompetencije medicinskih sestara.“ (WHO 2000, 2).

Istraživanje iz 2010. godine u Danskoj potvrdilo je da patronažne medicinske sestre u suradnji s liječnicima obiteljske medicine mogu doprinijeti kvaliteti skrbi za starije osobe nakon otpuštanja iz bolnice i na taj način spriječiti povratak starije osobe u bolnicu zbog eventualnog pogoršanja zdravstvenog stanja (Rytter i sur. 2010). Važna uloga patronažnih medicinskih sestara vidi se i u procjeni kvalitete, odnosno razvoju indikatora kvalitete za zdravstvenu njegu u zajednici. Prema retrospektivnom istraživanju danas postoji nekoliko indikatora kvalitete, ali niti jedan ne pokriva sva područja interesa. Smatra se da su prekomjerno zastupljene određene bolesti, dok se premalo pažnje pridaje ishodima njege i nekliničkim područjima, a posebno starijim osobama koje ostaju kod kuće i brinu same za sebe (Joling i sur. 2018, 19). U tom području patronažne medicinske sestre su više nego dobrodošle za razvoj novih alata u procjeni kvalitete zdravstvene njege starijih osoba u zajednici.

Uloga patronažne medicinske sestre u skrbi za starije osobe razlikuje se ovisno o funkcionalnoj sposobnosti starije osobe. U populaciji je sve više zdravih i funkcionalno samostalnih starijih osoba kod kojih su intervencije patronažne sestre usmjerene na prevenciju bolesti, promociju zdravih stilova života i edukaciju da bi što dulje zadržali vitalnost i funkcionalnu sposobnost. Kod starijih osoba koje imaju zdravstvene probleme, te poteškoće su uglavnom kroničnog karaktera i tu su intervencije usmjerene na prevenciju daljnjeg propadanja, sprečavanje komplikacija i hospitalizacije, pomoć u rehabilitaciji, edukaciju neformalnih njegovatelja i podizanje kvalitete života unatoč poteškoćama koje starija osoba ima. Uz to, patronažna sestra povezuje zdravstveni i socijalni sustav u skrbi za starije osobe jer je u kontaktu i s liječnicima primarne zdravstvene zaštite i sa specijalistima u bolnicama, a prema potrebi kontaktira socijalne službe koje za stariju osobu organiziraju socijalne usluge te jedinice lokalne uprave ako je potrebno. U skrbi za stariju osobu često sudjeluju neformalni njegovatelji kao „sakriveni zdravstveni sustav“ i važno je da oni imaju

podršku od strane zdravstvenih djelatnika te i tu patronažne sestre igraju važnu ulogu (Eikemo 2018, 434). Budući da patronažna sestra u skrbi ima i druge članove obitelji, kao što su djeca i kronični bolesnici, ona je u stalnom kontaktu s obitelji starije osobe za koju se brine te vrši i edukaciju članova obitelji. U skrbi patronažne sestre nisu samo pojedinac i njegova obitelj, nego i društvo te se njeno djelovanje može proširiti na marginalizirane skupine u društvu kao što su ovisnici i beskućnici (Ball 2013, 49).

Moderno sestrinstvo svoj začetak ima u Velikoj Britaniji pa tako oni imaju i najdulju tradiciju patronažne skrbi u Europi. U Velikoj Britaniji značajno su razgranate kompetencije medicinskih sestara u zajednici. Velika Britanija ima nekoliko specijalizacija unutar sestrinstva u zajednici, svaku s odgovarajućom edukacijom, a iako nema posebne specijalizacije s gerontološkog područja daje dobar praktičan primjer kako patronažna sestra može pomoći starijim osobama koje žive u zajednici. Od prvih *District Nurses* u Velikoj Britaniji danas, u okviru *UK Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting* postoji osam specijalizacija sestrinstva koje skrbe za određene dobne skupine stanovništva ili stanovništvo sa specifičnim zdravstvenim problemima. Od tih osam specijalizacija, skrb za starije osobe provode *Health visiting nurses* koje rade na promociji zdravlja u obitelji te na promociji zdravih stilova života, ali isto tako mogu raditi i s depriviranim skupinama u društvu kao što su beskućnici i ovisnici, te *District nurses* koje igraju ključnu ulogu u timu primarne zdravstvene zaštite (Chilton i sur. 2013, 14). Dok *Health visiting nurse* rade uglavnom sa zdravom populacijom na promociji zdravih stilova života i prevenciji bolesti, *District nurse* zbrinjavaju kronične pacijente i njihove zdravstvene probleme, posjećuju i educiraju kronične bolesnike o uzimanju lijekova, sprječavanju komplikacija bolesti i na kraju pomažu bolesnicima i obitelji u provođenju palijativne skrbi (Ball 2013, 49). Takva podjela unutar djelatnosti ne postoji u većini europskih zemalja, nego patronažne sestre rade sve poslove iz domene ove dvije specijalizacije.

Uz Veliku Britaniju, od ostalih europskih zemalja Danska, Finska, Norveška, Švedska i Island imaju jako dobro razvijeno sestrinstvo u zajednici i medicinske sestre u tim zemljama imaju jako važnu ulogu u promociji zdravlja, prevenciji bolesti i u zbrinjavanju akutnih i kroničnih stanja pacijenata u njihovoj kući. U Finskoj patronažna sestra brine za stanovnike određenog geografskog područja i radi na promociji zdravlja, prevenciji bolesti, sudjeluje u provođenju rehabilitacije i provodi skrb umirućih bolesnika. Island ima vrlo fleksibilan sustav sestrinstva u zajednici gdje se kombinira rad medicinske sestre u domu bolesnika i skrb u domu za njegu (Salvage i Heijnen 1997, 63). Danska ima visoko reguliran decentraliziran sustav koji se provodi u mnogim općinama, a skrb provode educirane

medicinske sestre (Genet i sur. 2011, 5). Švedska i Norveška također imaju decentralizirano sestrinstvo u zajednici, a prioritet se polaže na kontrolu kvalitete skrbi te na smanjenje opterećenja neformalnih njegovatelja. Francuska, Irska, Njemačka, Nizozemska i mediteranske zemlje imaju nešto slabije razvijen sustav sestrinstva u zajednici (Salvage i Heijnen 1997, 62). U Nizozemskoj je sestrinska skrb organizirana oko liječnika te medicinske sestre imaju ograničenu ulogu, a u ponudi su različiti tipovi skrbi u kući koje financira vlada uz sudjelovanje klijenta (Genet i sur. 2011; Saucier Lundy i Janes 2009, 93). U Njemačkoj većina medicinskih sestara radi u zdravstvenim ustanovama, u primarnoj skrbi imaju nedefiniranu ulogu i rade pod patronatom liječnika primarne zdravstvene zaštite (Saucier Lundy i Janes 2009, 95). Država ne pokriva cjelokupne troškove skrbi, nego korisnici sudjeluju u financiranju, ali je moguće organizirati individualnu njegu za samo jednog korisnika koji u tom slučaju pokriva troškove. U Francuskoj medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti također rade uz nadzor liječnika, odnosno liječnici upućuju pacijente na medicinsku sestru koja ima ograničenu autonomiju. U Italiji je slična situacija. Uz mnoštvo privatnih liječnika, medicinske sestre imaju ograničenu autonomiju u skrbi u zajednici. U ostalim zemljama: baltičkim zemljama, Hrvatskoj, Poljskoj, Mađarskoj, Sloveniji, Češkoj, Slovačkoj, Sjevernoj Makedoniji medicinske sestre rade u zajednici na promociji zdravlja, prevenciji bolesti, skrbi za osjetljive grupacije stanovništva te kronične bolesnike i starije osobe. U tim zemljama ne postoji posebna edukacija za rad medicinske sestre u zajednici s izuzetkom Poljske i Mađarske u kojima postoji edukacija u vidu tečaja (Salvage i Heijnen 1997, 63). U zemljama južne Europe skrb za starije osobe u kući uglavnom se oslanja na neformalnu skrb koju provodi obitelj, a sve je uvjetovano financiranjem skrbi i tradicijom (Carrieri i sur. 2017, 466). U većini europskih zemalja skrb za starije osobe je kombinacija formalne i neformalne skrbi s time da je u zemljama južne i istočne Europe zastupljenija neformalna skrb zbog tradicijskog nasljeđa i zbog slabije dostupnosti formalne skrbi (Hlebec i sur. 2016, 174). Posebno se naglašavaju problemi dugotrajne skrbi u zajednici u državama srednje i istočne Europe koje su donedavno bile u socijalističkom sistemu i gdje je najveći teret dugotrajne skrbi za starije osobe bio na neformalnim njegovateljima, najčešće članovima obitelji. To je bio djelotvoran model dok nije došlo do promjene u društvu u smislu sve veće zaposlenosti ženskih članova obitelji, koje su najčešće bile neformalni njegovatelji, te promjena u strukturi obitelji gdje je sve manje višegeneracijskih obitelji (Hirose i Czepulis-Rutkowska 2016, 23).

Treba naglasiti da u zemljama s razvijenim sestrinstvom u zajednici postoje i posebni edukativni programi ili specijalizacije namijenjene medicinskim sestrama koje će raditi u

zajednici. Kao što je već spomenuto, Velika Britanija ima čak osam specijalizacija za medicinske sestre u zajednici, na Islandu se posebno školuju medicinske sestre za rad u bolnici i posebno za rad u zajednici (Salvage i Heijnen 1997, 56). U zemljama istočne i južne Europe devedesetih godina prošlog stoljeća sestrinstvo se afirmiralo kao profesija tako da su te zemlje imale bazičnu edukaciju za medicinske sestre bez posebne edukacije za medicinske sestre u zajednici. U zemljama istočne Europe univerzalna edukacija za sve medicinske sestre je pravilo, iako se i tu vide pomaci prema specijalističkom obrazovanju. U Poljskoj medicinske sestre s deset godina radnog iskustva mogu završiti tečaj u trajanju od tri mjeseca i nakon toga raditi u zajednici, u Mađarskoj postoji trogodišnje školovanje za rad u zajednici, u Austriji medicinske sestre koje žele raditi u zajednici moraju proći tečaj socijalno-medicinskog sestrinstva (Salvage i Heijnen 1997, 63). Koristi od kvalitetne edukacije medicinskih sestara koje bi radile sa starijim osobama u zajednici su neosporne. Dobro organizirana sestrinska skrb za starije osobe u zajednici ne samo da prevenira prerano funkcionalno propadanje starije osobe, nego i povezuje različite stručnjake u skrbi za starije osobe te osnažuje obitelj i neformalne njegovatelje starije osobe, skraćuje boravak starije osobe u bolnici te odgađa smještaj u ustanovu za funkcionalno onesposobljene starije osobe (Di Pollina i sur. 2017; Netti Tiozzo i sur. 2018; Fahlstrom i sur. 2017). Dobra edukacija i dobro organiziran rad patronažne službe može značajno doprinijeti tome da starije osobe, koje uglavnom ne vole mijenjati mjesto za život, mogu izbjeći preseljenje i institucionalizaciju u starijoj dobi (Filipović Hrast 2019, 86). Također, starije osobe očekuju da ih patronažne sestre uključe u planiranje skrbi, žele razumjeti upute koje dobivaju od njih, a pri tome im je važno i da budu ljubazne i pristupačne zbog čega su patronažnim sestrama potrebne jako dobre komunikacijske vještine (Perušek i sur. 2013, 258).

U Republici Hrvatskoj patronažnu skrb provode medicinske sestre sa završenim prvim ili drugim bolonjskim stupnjem studija sestrinstva bez posebne specijalizacije. U Hrvatskoj su u patronažnoj skrbi zaposlene samo medicinske sestre i tehničari, a patronažna skrb provodi se u sklopu Domova zdravlja kao zasebna služba i prema Pravilniku o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja (Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja NN. 43/10). Voditeljica patronažne službe je najčešće diplomirana medicinska sestra ili magistra sestrinstva, a može biti i prvostupnica sestrinstva. U Hrvatskoj je 95 % patronažnih medicinskih sestara prvostupnica sestrinstva (Hrvatska komora medicinskih sestara 2017, 8). Patronažne sestre skrbe za sve stanovnike jednog geografskog područja, od trudnica i novorođenčadi do kroničnih bolesnika i starijih osoba. Procjenu potreba za

zdravstvenom njegom još uvijek radi liječnik obiteljske medicine iako je procjena potreba za zdravstvenom njegom jedna od kompetencija medicinske sestre prvostupnice (Zakon o sestriinstvu NN 121/03, 117/08, 57/11). Za sada patronažna medicinska sestra nadzire rad medicinskih sestara zdravstvene njege u kući i podnosi mjesečno izvješće nadležnom liječniku što nije najpraktičnije rješenje i može dovesti do gubitka na kvaliteti pruženih usluga (Kanišek i sur. 2016, 65). Također, patronažna medicinska sestra provodi preventivne programe u zajednici i to programe primarne prevencije te sekundarne i tercijarne prevencije. U opisu poslova patronažne djelatnosti stoji i suradnja s drugim službama i stručnjacima u zajednici kao što su socijalna služba, palijativna skrb, gerontološka služba, obrazovne ustanove, policija (Kanišek i sur. 2016, 61). Može se reći da patronažna sestra surađuje s tim službama i međusobno ih povezuje. Međutim, iako patronažne sestre dokumentiraju sve postupke iz svoje djelatnosti, njihova dokumentacija još uvijek nije dio integriranog zdravstvenog sustava (CEZIH¹¹) (Kanišek i sur. 2016, 60). Kada govorimo o učestalosti skrbi za starije osobe u poslovima patronažne medicinske sestre, pokusno istraživanje o znanju i stavovima patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama provedeno u županijama sjeverozapadne Hrvatske, pokazalo je da patronažne sestre svakodnevno u skrbi imaju starije osobe (Sajko 2018, 38) i da im je potrebna dodatna edukacija o starenju i starijim osobama. Prema Programu mjera za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi iz 2008. godine pod točkom 1.6.1.8. navedeni su zadatci patronažne sestre u skrbi za starije osobe:

„Patronažna zaštita starijih osoba – povremeni obilazak starijih od 65 godina koji se tijekom kalendarske godine nijednom nisu obratili izabranom doktoru medicine. Obuhvaća: davanje povratne informacije izabranom doktoru. Provodi se u dogovoru s izabranim doktorom koji je utvrdio da osiguranik nije bio u ordinaciji tijekom kalendarske godine, a u svrhu pravovremenog uočavanja tjelesnih i duševnih poremećaja, savjetovanja o potrebi redovite kontrole zdravstvenog stanja, savjeta o prehranbenim potrebama, o prevenciji ozljeda, posebice u kući, o potrebi bavljenja tjelesnim i drugim aktivnostima koje doprinose očuvanju funkcionalne sposobnosti; provođenje svih ostalih mjera kao i kod patronažne zaštite kroničnog bolesnika. Izvršitelji: patronažna djelatnost.“ (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2006).

¹¹ CEZIH – Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske

Prema članku 10. Pravilnika o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, svaka patronažna sestra bi u svojoj skrbi trebala imati 5100 korisnika (Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja NN 43/10). Smjernice Hrvatske komore medicinskih sestara za razvoj sestrinstva u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2027. godine u patronažnoj skrbi za starije osobe navode da:

„...se očekuje aktivno uključivanje patronažnih medicinskih sestara u preventivne programe zdravog življenja kako bi se podigla kvaliteta života starijih osoba, sudjelovanje u izradi planova zdravog življenja, suradnja s ostalim stručnjacima na provođenju zdravstvene zaštite starijih osoba. S tim ciljem trebalo bi se omogućiti patronažnim sestrama da ravnopravno s ostalim stručnjacima unose prikupljene podatke u Sustav za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika – GeroS¹² i osigurati dostupnost svih unesenih podataka i medicinskim sestrama koje sudjeluju u zdravstvenoj njezi gerijatrijskog osiguranika“ (Hrvatska komora medicinskih sestara 2017, 48).

U Republici Sloveniji nositelji patronažne djelatnosti su diplomirane medicinske sestre ili magistre sestrinstva, sa završenim prvim ili drugim bolonjskim stupnjem edukacije za medicinske sestre, a uz njih rade i primalje, fizioterapeuti, socijalni radnici, profesori zdravstvene njege, radni terapeuti, medicinske sestre srednje stručne spreme (*zdravstveni tehnik*) i njegovatelji te na taj način zbrinjavaju posebne skupine pacijenata. Osim u sklopu domova zdravlja, u Sloveniji je moguće obavljati patronažnu djelatnost kao samostalnu djelatnost (koncesija). Voditeljica patronažne službe može biti samo diplomirana medicinska sestra ili magistra sestrinstva i ona je voditeljica centra/službe/radne jedinice, ovisno o mjestu rada, a može i obavljati samostalnu djelatnost (koncesija) i imati zaposlen određeni broj zaposlenika. Ona, kao voditeljica, vrši procjenu zdravstvenog stanja pojedinca, situaciju u njegovoj obitelji i u lokalnoj zajednici te na osnovi procjene uključuje u skrb širi tim i druge suradnike te profesionalce drugih profila (Železnik i sur. 2011, 16). U Sloveniji ne postoji posebna institucija zdravstvene njege u kući, kao npr. u Hrvatskoj, te patronažne sestre zbrinjavaju i akutna i kronična zdravstvena stanja kod stanovnika uz preventivnu, savjetodavnu i edukacijsku ulogu i to na razini primarne, sekundarne i tercijarne prevencije.

¹² GeroS – sustav za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika neodvojivo povezan s Centralnim zdravstvenim sustavom CEZIH.

U Sloveniji se, kao i u Hrvatskoj, zamjećuje trend povećanja kurativne zdravstvene njege, a smanjenja preventivnih djelatnosti što se tumači povećanjem udjela starijih osoba i kroničnih bolesnika u skrbi patronažnih sestara (Železnik i sur. 2011, 49). Pri tome diplomirana patronažna sestra u skrbi može imati 2500 korisnika, dok *zdravstveni tehnik* sa srednjoškolskim obrazovanjem ima u skrbi 5000 korisnika (Zavrl Džananović 2018, 8).

Iako patronažna sestra ima veću samostalnost na području svojeg rada, za uspješnost rada važna je suradnja s ostalim zdravstvenim stručnjacima, kao što su liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, fizioterapeuti, njegovateljsko osoblje, ali i s nezdravstvenim profilima kao što su socijalna služba i službe unutar jedinica lokalne uprave. Patronažna sestra, osim što surađuje s ostalim službama, povezuje profesionalce koji rade u tim službama i zato je u istraživanjima o radu medicinskih sestara u zajednici često naglasak stavljen na suradnju s ostalim zdravstvenim profesionalcima. Amacher i suradnici u svojem istraživanju iz 2016. godine potvrdili su da nepovezanost profesionalnih zdravstvenih radnika koji rade u zajednici dovodi do neujednačene i nekvalitetne skrbi za starije osobe (Amacher i sur. 2016, 10). Na uzorku od 167 profesionalnih zdravstvenih radnika koji surađuju s medicinskim sestrama u zajednici, istraživanje provedeno u Nizozemskoj koja ima dobro razvijenu skrb u zajednici, potvrdilo je da su medicinske sestre zaposlene u zajednici dobro povezane sa svim profilima zdravstvenih radnika koji rade u zajednici, a to značajno povećava kvalitetu pružene skrbi (Murray Cramm i sur. 2014, 175). Pri tome patronažne medicinske sestre koriste dva glavna pristupa. Prvi je zakonski propisan i fokusiran na unaprijed definirane zadatke i protokole, a drugi je holistički pristup orijentiran na pacijenta i na njegove trenutne potrebe (Kennedy i sur. 2011, 1565). Jedan i drugi su proaktivni i pozitivni za pacijenta. Međutim, istraživanja su pokazala da pacijenti više preferiraju holistički pristup koji je fleksibilan i prilagođen njima (Naess i sur. 2017, 3). Starije osobe cijene diskreciju i povjerljiv odnos, a važna im je ljubaznost medicinskih sestara koje im ulaze u kuću (Železnik i Rajčić 2014, 195). Važan segment u radu patronažnih sestara sa starijom populacijom je sprječavanje komplikacija bolesti kod starijih osoba posebno nakon boravka u bolnici. Istraživanje iz 2010. godine provedeno u Danskoj pokazalo je da kvalitetni posjeti patronažne sestre starijim pacijentima otpuštenim iz bolnice smanjuju rizik od pogoršanja bolesti i povratka u bolnicu (Rytter i sur. 2010, 151), a ako se radi o starijim osobama sa specifičnim zdravstvenim problemima, kao što je npr. pacijent s kroničnim zatajenjem srca, tu patronažna sestra ima nezamjenjivu ulogu kako bi se smanjili posjeti hitnoj službi i povratak u bolnicu, što je pokazalo i istraživanje provedeno u Italiji (Netti Tiozo i sur. 2019, 246). Intervencije medicinskih sestara kod tih pacijenata usmjerene su na edukaciju o

pravilnom uzimanju lijekova, promjeni stila života, ali i na rano prepoznavanje simptoma koji mogu dovesti do komplikacija. Patronažno sestrinstvo ima veliku ulogu i u prevenciji mentalnih poremećaja kod starijih osoba u zajednici gdje je istraživanje iz 2016. godine pokazalo da u suradnji s drugim profilima zdravstvenih profesionalaca može značajno doprinijeti očuvanju mentalnog zdravlja starijih osoba (Grundberg i sur. 2016, 2596). Sudjelovanje patronažne sestre u multidisciplinarnom gerijatrijskom timu također smanjuje nepotrebne hospitalizacije starijih osoba (Di Pollina i sur. 2017, 8). Individualni programi prevencije padova možda ne daju očekivane rezultate u prevenciji padova kod starijih osoba, ali pomažu jačanju ravnoteže i snage kod starijih osoba, što je pokazalo istraživanje provedeno u Švedskoj 2017. (Fahlstrom i sur. 2017, 10). Istraživanje provedeno u Norveškoj 2017. godine pokazalo je da su preventivni posjeti u kuću starije osobe od strane liječnika ili medicinske sestre dobro prihvaćeni kod starijih osoba koje žive u svojoj kući te da su važni u prevenciji nekih akutnih stanja, kao što su ozljede uslijed pada (Seiger Cronfalk i sur. 2017, 250). Kako bi intervencije koje provode u zajednici bile što uspješnije, medicinskim sestrama je važno da ostvare odnos povjerenja sa starijim pacijentom jer to vodi dobroj skrbi (Bindels i sur. 2013, 2317). Ne samo da su istraživanja rađena s bolesnim starijim osobama, nego i s osobama koje nemaju kronične bolesti, ali pokazuju znakove krhkosti (*frailty*) i koje često žive u zajednici te im je potrebna stručna pomoć u očuvanju kvalitete života. Istraživanje iz 2016. pokazalo je da je ulaganje u sestrinstvo u zajednici itekako isplativo za tu skupinu starijih osoba (Murray Cramm i sur. 2017, 398) jer patronažna medicinska sestra može prevenirati komplikacije kao što su padovi, ozljede, nedovoljan unos nutrijenata ili nepravilno uzimanje lijekova. Patronažna medicinska sestra nije važna samo za bolesne starije osobe nego i za zdrave starije osobe, a istraživanje provedeno u Italiji 2018. godine pokazalo je da su medicinske sestre itekako važne u poticanju aktivnog starenja osoba koje žive u udaljenim ruralnim područjima zemlje (Ippoliti i sur. 2018, 10). Kako je patronažna skrb zahtjevnija i specifičnija za provedbu u odnosu na skrb u zdravstvenoj ustanovi, postavlja se pitanje kompetencija medicinskih sestara u zajednici za skrb o starijim osobama. Istraživanje iz 2016. godine pokazalo je da medicinske sestre u zajednici imaju dovoljno kompetencija i samopouzdanja, a da im dulje radno iskustvo i starija dob daju dodatno samopouzdanje što dovodi i do povećanja kompetencija (Bing Johnson i sur. 2016, 9). Razina edukacije i godine iskustva također imaju utjecaj na povećanje samopouzdanja i samoprocjene kompetencija na način da medicinske sestre s više edukacije ocjenjuju svoje kompetencije višim ocjenama i samopouzdanje su (Karlstedt i sur. 2014, 314). Uvijek se postavlja pitanje isplativosti multifaktorske skrbi za starije osobe koju vodi medicinska

sestra te se u istraživanju iz 2017. godine takav oblik skrbi nije pokazao isplativijim od već postojećeg oblika skrbi, po kojem zdravstveni stručnjaci različitih profesija rade svaki svoj dio posla bez zajedničkog rukovođenja, što je ukazalo na potrebu traženja novih, efikasnijih i isplativijih modela skrbi (Suijker i sur. 2017, 2). Starijim osobama je stalo da razumiju upute koje im daje patronažna sestra i žele da ih se tretira kao osobu, a ne kao medicinski problem. Žele biti uključene u donošenje odluka, a kao najvažnije navode da bi patronažna sestra trebala biti ljubazna u ophođenju s njima te da ih doživljava kao ozbiljne partnere u skrbi (Perušek i sur. 2013, 258). Neki autori, poput Yazdanišana i njegovih suradnika (2016), uspoređivali su crte osobnosti medicinskih sestara sa stavovima prema starijim osobama te su došli do zaključka da je pristupačnost medicinskih sestara povezana s pozitivnim stavom prema starijim osobama, a crte neuroticizma u ličnosti medicinske sestre, s negativnim stavom (Yazdanišan i sur. 2016, 12). Na tragu svih prethodno navedenih istraživanja *Global Coalition on Aging* donijela je dokument u kojem predlaže novi oblik skrbi za starije osobe nazvan *Relationship-based home care*. „...njege u kući bazirana na odnosima (*Relationship – based home care*) je inovativan pristup u njezi baziran na potrebama primatelja i njegove obitelji, a ne na unaprijed definiranim postupcima i zadacima.” (Global Coalition on Aging 2018, 5). U tom dokumentu su prikazane smjernice u izradi intervencija za skrb o starijim osobama koje su individualno prilagođene, u skladu su s potrebama starije osobe, a ne orijentirane isključivo na izvršavanje zadataka koji su unaprijed definirani. Taj dokument je prema svojim preporukama sličan preporukama za rad obiteljske medicinske sestre, s naglaskom na starije osobe, te samim time patronažne sestre imaju izuzetno važnu ulogu u provođenju zdravstvene njege bazirane na odnosima. Skela Savič i suradnici navode da je za sveobuhvatno zbrinjavanje starijeg pacijenta potrebno učinkovito povezivanje svih razina i oblika zdravstvene zaštite kako bi se pacijentu bez teškoća omogućila dostupnost zdravstvene zaštite na primarnoj i sekundarnoj razini (Skela Savič i sur. 2010, 97). Zbog sveobuhvatnog pristupa u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba od posebnog značaja je kontinuirana edukacija i doedukacija iz područja gerontologije, gerijatrije te gerijatrijske zdravstvene njege ne samo za medicinske sestre, nego i za sve stručnjake unutar zdravstvenog i socijalnog sustava (Tomasović Mrčela i sur. 2016, 65). Idealne za tu ulogu su patronažne sestre koje uz dobru edukaciju iz područja gerontologije mogu povezivati sve službe unutar zdravstvenog sustava i kvalitetno pomoći starijim osobama da žive u svojoj kući bez rizika za narušavanje zdravlja zbog nedostatne ili nepristupačne pomoći.

2.8 Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području

Ubrzo nakon prvih istraživanja o stavovima prema starijim osobama u populaciji počela su i istraživanja stavova zdravstvenih radnika prema starijim osobama. Zdravstvena skrb je važan segment u kvaliteti života starijih osoba, ako ne zbog liječenja kroničnih i akutnih bolesti, onda zbog očuvanja zdravlja, funkcionalne sposobnosti i što duže samostalnosti. Ne samo da zdravlje utječe na kvalitetu života starijih osoba, nego i osjećaj dobre kvalitete života utječe na zdravlje starije osobe. To je svojevrsan zatvoreni krug u kojem će starija osoba koja ima kvalitetnu zdravstvenu skrb imati osjećaj veće kvalitete života što će utjecati na pozitivan stav prema starenju i opet rezultirati boljim zdravljem (Stepton 2015). Kako bi se postigla kvalitetna zdravstvena skrb za starije osobe potrebno je pozitivne stavove i znanje iz područja gerijatrijske medicine uključiti u edukaciju na samom početku školovanja zdravstvenih kadrova (Cozort 2008, 24) jer se stavovi formiraju vrlo rano te je važno utjecati na mlade ljude.

2.8.1 Stavovi studenata zdravstvenih studija prema starijim osobama

Još 1995. godine istraživanje provedeno u Americi na studentima sestrištva i završenim medicinskim sestrama potvrdilo je da medicinske sestre s više radnog iskustva u radu sa starijim osobama imaju pozitivnije stavove prema njima, a za studente je, u sklopu istog istraživanja, organizirana nastava s gerontološkim sadržajima u trajanju od pet tjedana. Prije i poslije nastave ponuđen im je Koganov test stavova te su nakon nastave pokazali statistički značajne pozitivne stavove prema starijim osobama (Mezinskis i Purdon 1995, 289). Istraživanje stavova studenata sestrištva koje je provedeno u Švedskoj 2001. godine pokazalo je da studenti nižih godina studija sestrištva imaju manje znanja i negativnije stavove prema starijim osobama, nego studenti na višim godinama studija i završene medicinske sestre te je zaključak bio da edukacija može utjecati na stavove prema starijim osobama (Soderhamn i sur. 2001, 227). U SAD-u je 2003. godine provedeno istraživanje o znanju i stavovima prema starijim osobama studenata medicine koje je pokazalo da studenti na studij dolaze s vrlo malim znanjem i umjerenim stavovima, ali da kroz rad sa starijim osobama na studiju ipak pokazuju veće znanje na višim godinama studija, iako i dalje primarno ne žele raditi specijalno sa starijim osobama (Fitzgerald i sur. 2001, 853). Istraživanje provedeno na studentima sestrištva u Grčkoj 2009. godine pokazalo je da studenti završnih godina studija imaju veće znanje i pozitivnije stavove od studenata prve

godine studija, ali zbog razlike u programima studija na kojima je rađeno istraživanje, autori nisu doveli u direktnu vezu znanje i stavove (Lambrinou i sur. 2009, 621). Drugo istraživanje provedeno u Grčkoj naglašava potrebu kontakta studenata sa starijim osobama tijekom edukacije jer autori tvrde da sama teoretska edukacija nije dovoljna da bi se razvili pozitivni stavovi (Deltidou i sur. 2010, 3). To potvrđuje i istraživanje iz 2017. u kojem je dokazano da studenti koji provode više vremena u kontaktu sa starijim osobama kroz kliničke uvjete pokazuju pozitivnije stavove prema starijim osobama (Hovey i sur. 2017, 151). Zanimljive rezultate pokazalo je longitudinalno istraživanje provedeno u Nizozemskoj na studentima sestrinstva gdje su studenti prve godine ispitivani s tri instrumenta: Palmorovim *Facts on Aging Quiz*, Koganovom skalom i semantičkim diferencijalom. Isti studenti su testirani i nakon tri godine da bi se utvrdilo postoji li razlika u znanju i stavovima. Nakon tri godine studenti su imali veće znanje o starijim osobama, ali i dalje jednako negativne stavove i mali interes za rad sa starijim osobama. Na temelju toga autori su zaključili da je potrebno mijenjati kurikulum studija, kako bi se povećao interes za rad sa starijim osobama (Bleijenberg i sur. 2012, 7). Liu i suradnici (2013) proveli su pretraživanje osam baza podataka na engleskom i kineskom jeziku i od 25 članaka koji su istraživali stavove i znanja o starijim osobama kod studenata, nisu dobili jedinstveni uzorak o povezanosti edukacije i pozitivnog stava o starijim osobama ili povezanosti učestalog kontakta sa starijim osobama s pozitivnim stavovima (Liu i sur. 2013, 1277). S druge strane, istraživanje utjecaja na stavove i želju za rad sa starijim osobama studenata sestrinstva pokazalo je da veće znanje o starenju i starijim osobama ima značajan utjecaj na stvaranje pozitivnih stavova prema radu sa starijim osobama i prema starijim osobama općenito (De Guzman i sur. 2013, 151). Istraživanje provedeno 2009. godine u Kanadi nije pokazalo značajniju povezanost između znanja o starenju i kontakta s osobama te stavova prema starijim osobama, ali pokazalo je da utjecaj ipak postoji i posredovan je pojavom anksioznosti vezanom za proces starenja i za spoznaju da ćemo svi ostarjeti (Allan i Johnson 2009, 11). Istraživanje na populaciji studenata sestrinstva pomoću Palmorovog *Facts on Aging Quiza* i Koganove skale ukazalo je na manjkavosti u edukaciji studenata sestrinstva, ali je isto tako dalo značaj edukatorima u formiranju znanja i razvoju stavova prema starijim osobama kod studenata sestrinstva (Mandville-Anstey i sur. 2014, 11). U Egiptu je provedeno istraživanje na 596 studenata sestrinstva koje je pokazalo da, iako studenti imaju manjak znanja o starenju i starijim osobama, imaju pozitivne stavove i nemaju negativan stav o radu sa starijim osobama. Ipak je zaključeno da postoji statistički značajna povezanost znanja i stavova te da bi u kurikulum trebalo uključiti više nastave iz područja njege starijih osoba (Eltantawy 2013, 134 - 135).

Veliko istraživanje na uzorku od 955 studenata sestrištva i socijalnog rada iz pet europskih zemalja koje su proveli Coffey i suradnici (2015) u sklopu projekta *Lifelong Learning Programme* pokazalo je da kod studenata postoji povezanost između kontakta sa starijim osobama i pozitivnog stava prema starijim osobama, odnosno prema budućem radu sa starijim osobama. U tom istraživanju, uz sistematski pregled literature, korišteno je nekoliko upitnika kako bi se dobila što šira slika znanja i stavova studenata prema starijim osobama. Uz demografske podatke o ispitanicima korištena je Koganova skala o stavovima prema starijim osobama i Nolanov upitnik studentske percepcije rada sa starijim osobama. To istraživanje je pokazalo da postoji pozitivna povezanost između iskustva rada sa starijim osobama i pozitivnog stava studenata prema njima (Coffey i sur. 2015). U istraživanju iz 2011. godine korištena je Koganova skala stavova. Istraživanje je provedeno na dodiplomskom studiju sestrištva i autori su došli do zaključka da edukacija i kontakt studenata tijekom kliničke prakse sa starijim osobama generira pozitivne stavove prema starijim osobama i radu s njima (Rodgers i Gilmour 2011, 19). Istraživanje iz 2017. godine pokazalo je da ispitanici s manje znanja i bez kontakta sa starijim osobama imaju uglavnom negativne stavove prema starijim osobama, dok oni s više znanja i više produljenog i kvalitetnog kontakta sa starijim osobama imaju pozitivne stavove. Također, eksperimentalna metoda provedena u tom istraživanju dokazala je da je moguće mijenjati stavove kroz edukaciju i kvalitetan kontakt sa starijim osobama (Lytle i Levy 2017, 586). Istraživanje provedeno u Sloveniji o stavovima i znanju studenata zdravstvene njege i njihovih mentora, korištenjem Palmorovog *Facts on Ageing Quiza* (FAQ) i Koganove skale stavova, pokazalo je nedostatno znanje i pojavu negativnih stavova prema radu sa starijim osobama, s time da su mentori imali nešto pozitivnije stavove nego studenti što je dobar rezultat. Naime, mentori svoja znanja i iskustva prenose mlađim naraštajima, ali se javlja problem u prenošenju znanja studentima (Skela Savič i Hvalič Touzery 2014, 112). Slično istraživanje pokazalo je da negativni stavovi kod osoblja koje radi sa starijim osobama utječu na stavove studenata koji dolaze na vježbovnu nastavu te i oni razvijaju jednako negativne stavove i odbojnost prema radu sa starijim osobama, a u podlozi svega je nedostatno znanje iz područja gerontologije i kod osoblja i kod studenata (Hanson 2014, 227). Povezanost stavova prema starijim osobama i edukacije istraživali su Milutinović i suradnici (2015) te su došli do zaključka da studenti koji imaju više znanja o starijim osobama imaju i pozitivnije stavove prema njima i želju za rad sa starijim osobama (Milutinović i sur. 2015, 384). Iako, istraživanje iz 2014. godine pokazalo je da studenti imaju postignut dobar rezultat znanja o starijim osobama na Palmorovom FAQ, ali i dalje nemaju motivaciju za rad sa starijim

osobama. Autori su došli do zaključak da samo učenje činjenica o starenju ne vodi pozitivnijim stavovima, nego je važan kontakt i iskustvo (Bergman i sur. 2014, 181). Istraživanje provedeno u Irskoj pokazalo je da i studenti i registrirane medicinske sestre imaju nedostatak znanja i negativne stavove prema skrbi za starije osobe, a autorica sugerira da za to nije kriva teoretska nastava, nego nedostatak kvalitetnog kontakta sa starijim osobama kroz dobro vođenu praksu tijekom studiranja (Welford 2014, 22). Zapravo, za razvoj pozitivnih stavova važnija je kvaliteta kontakta sa starijim osobama od kvantitete, odnosno, učestalosti posjeta (Bousfield i Hutchison 2010, 460). U pregledu literature o edukaciji i motivaciji studenata sestriinstva za rad sa starijim osobama, autor je došao do zaključka da se uz relevantnu pripremu edukacijskog procesa, kvalitetnom i dobro vođenom praktičnom nastavom kod studenata može utjecati na promjenu stavova prema starijim osobama i samim time na kasniju kvalitetniju skrb koju će pružati starijim osobama (Koh 2012, 19). Moguće je i mijenjati stavove studenata kroz edukativne programe te su neka istraživanja kroz mjerenje stavova i znanja studenata prve, druge i treće godine studija pokazala da studenti kasnijih godina studija imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama od onih prve godine, što se pripisuje većem kliničkom iskustvu, odnosno kontaktima sa starijim osobama (Ferrario i sur. 2008; Henderson i sur. 2008; Gonzales i sur. 2010). Važno je da studenti tijekom edukacije imaju dovoljno kontakta sa starijim osobama u formalnom i neformalnom okruženju i da imaju mentore koji će im dati poticaj za rad sa starijim osobama što znači da bi mentori trebali imati pozitivne stavove prema starijim osobama (Abudu-Birresborn i sur. 2019, 126). U pregledu literature iz 2014. godine autori su došli do zaključka da dob, spol i kulturološko okruženje ima utjecaj na formiranje stavova prema starijim osobama i radu sa starijim osobama tijekom studija te predlažu daljnja istraživanja, ali i uvođenje istočnjačke filozofije poštovanja starijih osoba u kurikulume zapadnjačkih studija sestriinstva (Neville i Dickie 2014, 1077). Naime, istraživanja provedena u Kini pokazuju da studenti sestriinstva imaju pozitivan stav prema starijim osobama jer je vjerojatno kulturološki determinirano poštovanje starijih osoba, ali da bi izgradili pozitivan stav prema radu u njezi starijih osoba potrebno im je pružiti adekvatne sadržaje u prvom mjesecu kliničkih vježbi tijekom školovanja (Chai i sur. 2019, 170). U suprotnosti s tim, metaanaliza koju su proveli North i Fiske (2015) pokazala je da se odnosi prema starijim osobama u odnosu „Istok – Zapad“ ne mogu generalizirati, nego da je podjela regionalna tako da stanovništvo Europe ima negativniji stav od Amerike i Australije, a takva odstupanja postoje i u istočnim zemljama (North i Fiske 2015, 2016). Rezime svih navedenih istraživanja pokazuje da veće znanje o starijim osobama ne dovodi uvijek i do pozitivnih

stavova prema njima, nego da je potrebno uključiti još neke parametre kao što su kontakt sa starijim osobama, kulturološko okruženje i mjesto rada. Stavovi su najčešće pod utjecajem socijalne okoline i mogu se mijenjati također pod socijalnim utjecajima, što bi mogao biti kontakt sa starijim osobama i učenje o procesu starenja (Aronson i sur. 2005, 222). Studenti sestrinstva tek ulaze u svijet skrbi za starije osobe te se njihova znanja mogu nadograđivati, a stavovi mijenjati tijekom školovanja te bi se, na osnovu istraživanja, moglo detektirati u kojem području studenti imaju najmanje znanja i kroz teoretsku, a posebno kroz praktičnu nastavu staviti naglasak na te točke.

2.8.2 Stavovi medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika prema starijim osobama

U populaciji s dramatičnim porastom broja starijih osoba kao što je Europa, važno je kakav stav prema starijim osobama ima zaposleno zdravstveno osoblje, posebno medicinske sestre koje neposredno uz pacijenta provode najveći dio radnog vremena, a imaju ulogu i kao prenositelji znanja mlađim generacijama u formalnoj ulozi mentora. Hope je 1994. godine napravio važno istraživanje u kojem je uspoređivao znanja i stavove medicinskih sestara koje rade na akutnim odjelima s onima koje rade u domovima za skrb o starijim osobama. Došao je do zaključka da medicinske sestre u skrbi za stare imaju bolje rezultate zbog duljeg rada sa starijim osobama i više iskustva (Hope 1994, 608). To istraživanje daje neosporan dokaz da je osim teoretskog znanja važan osobni kontakt sa starijim osobama i radno iskustvo. Istraživanja koja su provedena na uzorku medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika koji već rade sa starijim osobama, daju važan uvid u to koliko medicinske sestre znaju o skrbi za starije osobe i kakvi stavovi prema starijim osobama prevladavaju među njima. Pregled istraživanja u bazama podataka koje su učinili Liu i suradnici (2012) ukazuje na najčešće istraživane varijable koje bi mogle utjecati na stavove: spol, dob i razina obrazovanja (Liu i sur. 2013, 1276). Istraživanje provedeno u Švedskoj 2001. godine, osim što je pokazalo da postoji razlika u znanju i stavovima između studenata i medicinskih sestara, pokazalo je i da stavovi prema starijim osobama ovise o spolu zdravstvenog radnika. Muško osoblje ima negativnije stavove prema starijim osobama nego žensko, a utjecaj ima i dob ispitanika jer stariji radnici imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama (Soderhamn i sur. 2001, 228). Deset godina nakon tog istraživanja u Švedskoj je provedeno drugo istraživanje na mnogo većem uzorku studenata i medicinskih sestara svih obrazovnih struktura te njegovatelja koje je također pokazalo da studenti prve godine studija imaju negativne stavove prema starijim osobama, a među zdravstvenim radnicima godine života i

godine rada sa starijim osobama nose i pozitivnije stavove prema njima (Engström i Fagerberg 2011). Longitudinalna istraživanja daju bolji uvid u problematiku, pa su zanimljivi podatci dobiveni u istraživanju provedenom u dva navrata u Škotskoj. Prvo istraživanje provedeno je 1999. godine, a drugo 2009. godine pomoću Multifaktorijalnog upitnika stavova (MAQ), a ispitano je zdravstveno osoblje u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Promjena koju su autorice primijetile je da se skrb za starije osobe promijenila u proaktivnu u odnosu na reaktivnu kakva je bila u prvom istraživanju provedenom 1999. te smatraju da je za to zaslužna i specijalizacija zdravstvenog osoblja na području gerijatrije. Međutim, stavovi prema starijim osobama nisu se značajno promijenili te se još uvijek skrb za starije osobe smatra neatraktivnom djelatnošću za zdravstveno osoblje (Kydd i sur. 2013, 28). U nekoliko istraživanja utvrđeno je da medicinske sestre koje rade u akutnoj skrbi pokazuju manjak znanja o starijim osobama i negativne stavove. Autori opravdavaju to nedostatkom gerijatrijskih sadržaja u kurikulumu studija sestinstva i neujednačenosti kurikuluma u pojedinim školama (Courtney i sur. 2000, 67; Topaz i Doron 2013). Dio autora došao je do zaključka da se stavovi medicinskih sestara koje rade u akutnoj skrbi razlikuju od stava sestara koje rade u ustanovama za dugotrajnu skrb. Kao razlog za to navode isključivo medicinski pristup pacijentima u ustanovama za akutno zbrinjavanje, kao što su bolnice, a poseban naglasak stavljen je na hitne službe. Istraživanje provedeno na medicinskim sestrama koje rade u hitnoj službi pokazalo je da te medicinske sestre imaju uglavnom negativan stav prema starijim osobama. One smatraju da starije osobe s nizom svojih kroničnih problema, bez akutnog medicinskog stanja nemaju što tražiti na akutnim odjelima. Mišljenja su da su zdravstveni problemi starijih osoba vezani za dob, te navode da imaju mnogo poteškoća u komunikaciji sa starijim osobama zbog kognitivnih promjena koje mogu nastupiti i zbog nekog akutnog događanja u organizmu. Autorice su zaključile da medicinske sestre u hitnoj službi, iako imaju mnogo medicinskog znanja, nemaju dovoljno znanja o gerijatriji i gerijatrijskoj medicini te da u tom smjeru treba razvijati kurikulume za edukaciju medicinskih sestara (Deasey i sur. 2014, 231–236). Također, kvalitativno istraživanje iz 2007. godine pokazalo je da medicinske sestre u akutnim odjelima imaju negativne stavove prema starijim osobama, a dubinska analiza dala je i uvid u razloge: najčešći razlog je komplicirana skrb povezana s multimorbiditetom, ali ulogu imaju i kognitivne promjene kod starijih osoba te otežana komunikacija zbog promjena na osjetilima (Higgins i sur. 2014, 235). Među zdravstvenim radnicima često se javlja predrasuda da su starije osobe komplicirane, da imaju „tešku“ osobnost i zato navode da ne vole raditi sa starijim osobama. S druge strane, starije osobe se u zdravstvenim ustanovama često osjećaju

zanemarenim i obespravljenim, a imaju osjećaj da ih zdravstveno osoblje ignorira (Błachnio i Buliński 2013, 678). Istraživanje o diskriminatornom ponašanju osoblja onkoloških odjela pokazalo je da medicinske sestre i na tim odjelima diskriminiraju starije pacijente u smislu pružanja podrške i preporuka za izbor terapije te kasnije eventualne rekonstruktivne zahvate (Schroyen 2013, 750). Uzimajući u obzir da same medicinske sestre procjenjuju svoje vještine vezano za skrb za rastuću stariju populaciju, tu možemo naći razloge za takve stavove. U istraživanju u kojem je analizirana samoprocjena medicinskih sestara vezano za znanja i vještine potrebne da bi pravilno skrbile za osobe starije životne dobi, većina ispitanica je navela da se ne osjeća potpuno kompetentnom za zbrinjavanje specifičnih problema u starijoj životnoj dobi, kao što su Alzheimerova bolest, demencija nekog drugog tipa, delirij, neurološki problemi, polifarmacija i poremećaji spavanja (Scherer i sur. 2008, 471). Na osnovu toga možemo zaključiti da je u pitanju neadekvatna ili nedostatna edukacija vezana za navedenu problematiku. Nije samo znanje signifikantno za razvoj stavova prema starijim osobama. U jednom istraživanju provedenom 2015. godine autori navode čak i bračni status, način rada, dob, trajanje rada i osobnost kod zaposlenih kao prediktore pozitivnog stava prema starijim osobama (Kavlak i sur. 2015, 5; Yazdanian i sur. 2016, 12). Uvijek treba uzeti u obzir kakve posljedice za stariju osobu imaju negativni stavovi kod medicinskih sestara jer oni produciraju lošiju kvalitetu skrbi za starije osobe (Simkins 2007, 28), a mogu utjecati i na pogoršanje već prisutnih kroničnih bolesti kod starijih osoba (Allen 2016, 610).

U Hrvatskoj su rađena dva istraživanja o stavovima zdravstvenog osoblja o starijim osobama. Prvo je istraživanje iz 1984. godine provedeno na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru gdje su anketirane medicinske sestre zaposlene u domovima umirovljenika, medicinske sestre koje rade s bolesnicima mlade i srednje dobi i učenici srednje škole. Ukupno je bilo 78 ispitanika i stavovi su se procjenjivali na nizu skala semantičkog diferencijala za stariju osobu općenito, zdravu stariju osobu i bolesnu stariju osobu (Raboteg – Šarić i sur. 1985). Drugo je istraživanje o stavovima medicinskih sestara o staroj osobi iz 1988. godine gdje je anketirano ukupno 76 medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije i nemoćne i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Tomek – Roksandić i sur. 1988). Oba istraživanja obuhvatila su manje od 100 ispitanika te se rezultati mogu gledati samo informativno. U istraživanju iz 1985. godine ispitanici studenti su izrazito negativno procjenjivali bolesnu stariju osobu dok su prema zdravoj imali nešto pozitivniji stav. Za razliku od njih, medicinske sestre koje rade sa starijim osobama nisu tako negativno procijenile bolesne starije osobe, odnosno ne postoji velika razlika između zdravih i bolesnih

starijih osoba, te autori smatraju da je iskustvo presudno u razlici stavova (Raboteg – Šarić i sur. 1985, 49). Drugo istraživanje provedeno je u Zagrebu te je pokazalo da većina ispitanika smatra da je rad sa starijim osobama težak, ali da prevladava uglavnom pozitivan stav prema starijim osobama iako dio ispitanika ima ambivalentne stavove (Tomek – Roksandić i sur. 1988, 41). Većina istraživanja o stavovima zdravstvenih radnika prema starijim osobama rađena je u zdravstvenim ili socijalnim ustanovama. Tamo su zdravstveni radnici najdostupniji i istraživanje se može provesti u kontroliranim uvjetima.

2.8.3 Stavovi medicinskih sestara u zajednici prema starijim osobama

U zajednici, izvan zdravstvene ustanove, situacija je malo drugačija, a više starijih osoba živi u svojoj kući, nego što ih je u nekoj zdravstvenoj ili socijalnoj ustanovi. Međutim, vrlo mali broj istraživanja ispituje stavove medicinskih sestara koje rade u zajednici sa starijim osobama. Rad medicinskih sestara u zajednici je specifičan jer one tu upoznaju starijeg pacijenta ne samo kao pacijenta, nego i kao osobu, a radom u zajednici formiraju se bliskiji i prilično neformalni odnosi između pacijenta i medicinske sestre. Rad medicinskih sestara u zajednici ne obuhvaća samo pojedinca, već često i njegovu obitelj, a i širu okolinu što od medicinskih sestara zahtijeva dodatne komunikacijske i organizacijske vještine. U različitim bazama podataka nađena su samo dva istraživanja koja ispituju stavove zdravstvenog osoblja koje se brine za starije osobe u zajednici. Istraživanje provedeno u Australiji na malom uzorku 2006. godine navedeno je kao prvo istraživanje koje ispituje stavove medicinskih sestara koje rade u skrbi za starije osobe u zajednici. Zbog malog uzorka rezultati se ne mogu generalizirati, ali pokazali su da medicinske sestre imaju pozitivne stavove i dosta znanja o starijim osobama, a autori su ukazali na područja u kojima bi trebalo proširiti edukaciju medicinskih sestara, kao što je etiologija bolesti, nepoželjne reakcije na lijekove te poteškoće vezane za demenciju (Mellor i sur. 2006, 41). U istraživanju iz 2011. godine koje je provedeno u Irskoj rezultati pokazuju da medicinske sestre, studenti i njegovatelji imaju uglavnom pozitivne stavove prema starijim osobama s time da pozitivnije stavove imaju oni s višim stupnjem obrazovanja. U obzir valja uzeti da se radi o populaciji u ruralnim dijelovima Irske gdje doista zdravstveni radnici stvaraju bliskije odnose s pacijentima, a kontakt je osnova za stvaranje pozitivnih stavova prema nekoj grupaciji (Doherty i sur. 2011). U većini navedenih istraživanja najčešće korišten upitnik za ispitivanje znanja o starijim osobama je Palmorov *Facst on Aging Quiz* čija je prva verzija izašla 1988. godine, a revidiran je 1998. godine i to u originalnoj ili prilagođenoj verziji. Za ispitivanje

stavova koristi se najčešće Koganova skala stavova ili semantički diferencijal o stavovima prema starijim osobama (Liu i sur. 2013, 1276).

Skela Savič i suradnici (2010) naglašavaju potrebu specijalističke edukacije na području gerontologije kako za liječnike tako i za medicinske sestre. Posebno naglašavaju potrebu za razvoj izvaninstitucijske skrbi za starije osobe što je i europski i svjetski trend u skrbi za starije osobe (Skela Savič i sur. 2010, 99). U Sloveniji postoji nekoliko istraživanja na temu stavova i znanja o skrbi za starije osobe. Hvalič Touzery i suradnici (2013) došli su do zaključka da zdravstveni radnici koji rade sa starijim osobama, a već sudjeluju i u obrazovnom procesu kao mentori, imaju pozitivan stav prema starijim osobama i prema radu s njima. Takav stav je važan u prenošenju znanja studentima. U istom istraživanju ispitanici naglašavaju da bi u obrazovnom procesu trebalo povećati sadržaje koji se odnose na brigu o starijim osobama (Hvalič Touzery i sur. 2013, 165). Slično istraživanje rađeno je u Sloveniji sa studentima sestrinstva i njihovim mentorima. Istraživanje je pokazalo da je znanje ispitanika o skrbi za starije osobe nedostatno, a studenti su pokazali i vrlo malo interesa za rad sa starijim osobama. Mentori koji su također sudjelovali u istraživanju pokazali su također nisku razinu znanja, ali imaju pozitivnije stavove prema radu sa starijim osobama. Zaključak istraživanja je da je svakako potrebno uključiti više gerontoloških sadržaja u edukaciju studenata sestrinstva s naglaskom na praktični dio jer je istraživanje pokazalo da stavovi studenata o starijim osobama ovise o njihovim prethodnim iskustvima s njima (Skela Savič i Hvalič Touzery 2014, 111). Gerontološku edukaciju trebalo bi uključiti već od srednjoškolskog obrazovanja kako bi što mlađi ljudi bili spremni za rad i za daljnju edukaciju na području skrbi za starije osobe te kako bi stvorili što pozitivniji odnos prema starijim osobama (Černoša i Kaučič 2017, 117). U konačnici i Gordon Allport još 1958. godine navodi da se podloga za stavove, stereotipe i predrasude, pa onda posljedično i za diskriminaciju po bilo kojoj osnovi stvara u najranijem djetinjstvu i izgrađuje tijekom cijeloga života kroz razne okolišne utjecaje (Allport 1958).

Istraživanja provedena u Hrvatskoj i u Sloveniji nisu dala uvid u to kakvo znanje i stavove prema starenju i starijim osobama imaju medicinske sestre koje rade u zajednici, odnosno patronažne medicinske sestre čiji rad je specifičniji od rada medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama.

3 ISTRAŽIVAČKI DIO

3.1 Svrha i ciljevi istraživanja

Za razliku od medicinskih sestara koje rade u bolnicama ili u domovima za zbrinjavanje starijih osoba, patronažne medicinske sestre rade sa starijim osobama u njihovom domu i s bolesnom populacijom i sa zdravom. Do sada nije rađeno takvo istraživanje među patronažnim sestrama iako one imaju izuzetno važnu ulogu u prevenciji, detekciji i rješavanju problema kako u bolesnoj tako i u zdravoj populaciji. Stoga je svrha ovog istraživanja utvrditi kakve stavove imaju medicinske sestre koje ulaze u domove starijih osoba i zbrinjavaju ih u njihovom prirodnom okruženju.

Cilj istraživanja je utvrditi koju razinu znanja o starijim osobama imaju patronažne medicinske sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji, kako se to reflektira na njihov rad sa starijim osobama, stavove prema starijim osobama te mogu li još neki parametri, poput dobi i života u zajedničkom kućanstvu sa starijom osobom utjecati na formiranje stavova prema starijim osobama. Također, ovo će istraživanje pružiti uvid u to koliko formalno obrazovanje medicinskih sestara utječe na stvaranje stavova o starijim osobama s obzirom na to da medicinske sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji imaju u obrazovnom programu do 2014. godine različitu zastupljenost kolegijsa koji su vezani za zdravstvenu njegu starijih osoba, što se može vidjeti u tabeli 2. Budući da od 2014. godine u Hrvatskoj postoji u svim visokim učilištima koja se bave edukacijom medicinskih sestara na preddiplomskoj razini, novi studijski program po kojem se educiraju medicinske sestre i na području skrbi o starijim osobama, pretpostavljamo da medicinske sestre koje su započele školovanje 2014. godine u pravilu završavaju sa svojim školovanjem 2017. godine te je u upitniku tražena godina kada su završile školovanje.

Potrebno je napomenuti da se naziv *medicinska sestra* u ovom radu odnosi na ženske i muške zaposlenike u patronažnoj djelatnosti, ali se spol kao varijabla ne koristi u obradi podataka zbog malog broja pripadnika muškog spola u populaciji patronažnih medicinskih sestara.

Teza koja je postavljena u radu je da edukacija, dob, mjesto rada, duljina rada i kontakt sa starijim osobama utječe na stavove patronažnih medicinskih sestara prema starijim osobama.

3.2 Istraživačke hipoteze, istraživačka pitanja

U radu su postavljene sljedeće istraživačke hipoteze:

H1 – Medicinske sestre koje imaju više edukacije iz područja skrbi za starije osobe imaju i pozitivnije stavove prema starijim osobama.

H2 – Postoji razlika među stavovima o starijim osobama između medicinskih sestara iz Hrvatske i Slovenije koja je najvjerojatnije uzrokovana različitom edukacijom na području skrbi o starijim osobama.

H3 – Dob ispitanika ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama.

H4 – Život u kućanstvu sa starijom osobom ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama.

Istraživačke hipoteze dat će odgovore na sljedeća istraživačka pitanja:

1. Postoji li razlika u stavovima prema starijim osobama kod patronažnih medicinskih sestara u Sloveniji i u Hrvatskoj?
2. Imaju li patronažne medicinske sestre koje imaju više edukacije na području skrbi za starije osobe i pozitivnije stavove prema starijim osobama?
3. Imaju li po godinama starije medicinske sestre pozitivniji stav prema starenju i starijim osobama?
4. Na koje sadržaje u edukaciji medicinskih sestara treba obratiti više pažnje sukladno dobivenim rezultatima?
5. Imaju li medicinske sestre koje žive u kućanstvu sa starijom osobom pozitivniji stav o starijim osobama?

3.3 Istraživačka metodologija

U istraživanju je upotrijebljena neeksperimentalna kvantitativna metoda istraživanja. Podatci su prikupljeni metodom anketiranja reprezentativnog dijela populacije (više od 20 %) patronažnih medicinskih sestara u Sloveniji i u Hrvatskoj. Prije početka provođenja istraživanja učinjena je pokusna studija na manjem uzorku u Hrvatskoj.

Cilj pokusne studije bio je utvrditi kakvo znanje i stavove imaju patronažne medicinske sestre prema starijim osobama. U istraživanju su sudjelovale patronažne sestre iz četiri županije sjeverozapadne Hrvatske, njih 66 od 101 koliko ih radi na tom području. Kao instrument korišten je prilagođen Palmorov *Facts on Aging Quiz* i Semantički diferencijal

stavova o starijim osobama. Prije istraživanja zatraženo je i dobiveno dopuštenje Etičkog povjerenstva Domova zdravlja u četiri županije sjeverozapadne Hrvatske: Koprivničko – križevačke županije, Krapinsko – zagorske županije, Međimurske županije i Varaždinske županije. Nakon dobivenog dopuštenja Etičkog povjerenstva, upitnici su poslani glavnim sestrama Domova zdravlja ili glavnim sestrama patronažne službe svakog Doma zdravlja te su ih one putem elektroničke pošte prosljedile svim patronažnim sestrama na području svojeg Doma zdravlja. Odaziv na poslani upitnik bio je preko 60 % što je procijenjeno kao dobro. U pokusnom istraživanju postavljene su tri hipoteze od kojih je potvrđena ona da patronažne sestre s više znanja imaju i pozitivnije stavove prema starijim osobama, a nisu potvrđene hipoteze da duljina rada u patronažnoj službi ima utjecaj na stavove prema starijim osobama i da suživot sa starijom osobom u kućanstvu ima utjecaj na stavove prema starijim osobama. Najznačajniji podatak dobiven u tom istraživanju je da sve ispitanice, dakle sve patronažne sestre na svom radnom mjestu svakodnevno dolaze u kontakt sa starijim osobama. Zaključak pokusnog istraživanja bio je i da znanje patronažnih sestara o starijim osobama ima utjecaj na stavove prema starijim osobama s time da više znanja generira i pozitivnije stavove. Međutim, isto istraživanje je pokazalo da duljina rada u patronažnoj službi, a samim time i više kontakata sa starijim osobama nema utjecaj na stavove prema starijim osobama. Isto tako i suživot medicinskih sestara u domaćinstvu sa starijom osobom nema utjecaj na formiranje stavova prema starijim osobama, a ni na znanje o starijim osobama.

Prema rezultatima pokusne studije malo je promijenjen dizajn budućeg istraživanja: pitanja o dobi, duljini radnog staža i radnog staža u patronažnoj službi stavljena su kao opisna, a ne s ponuđenim odgovorima kako bismo dobili bolju raspodjelu. Rezultati pokusne studije nisu uvršteni u ovo istraživanje, odnosno ovo istraživanje nije provedeno u domovima zdravlja koji su sudjelovali u pokusnoj studiji.

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Istraživanjem znanja i stavova o starijim osobama obuhvaćeno je 284 patronažnih medicinskih sestara na području Republike Hrvatske i Republike Slovenije (N = 284). Na početku upitnika naglašen je dobrovoljan i anonimni karakter istraživanja. Svi sudionici su u uvodnom dijelu upitnika upoznati sa svrhom istraživanja te činjenicom da će prikupljeni podatci biti interpretirani skupno, a ne pojedinačno. U zaglavlju upitnika stavljeni su i kontakt podatci autora kako bi ga se moglo kontaktirati u slučaju potrebe. Za popunjavanje

upitnika bilo je potrebno 15 minuta, a podatci su automatski pohranjeni kao Google obrazac iz kojeg se formirala Microsoft Excel tablica. Istraživanje je provedeno u vremenu od listopada 2018. do travnja 2019., a prikupljeni su podatci svrstani u tri grupe pitanja:

- 10 sociodemografskih pitanja o ispitanicima
- 50 pitanja o znanju o starijim osobama (Palmoreov *Facts on Aging Quiz*)
- 16 stavova o starijim osobama (semantički diferencijal).

Pitanja su bila isključivo s jednim mogućim odgovorom od njih više ponuđenih. Na sve tri vrste pitanja odgovaralo se *online*, putem Google aplikacije. Upitnici su ispitanicima poslani putem elektroničke pošte uz određene razlike s obzirom na državu u kojoj se istraživanje provodilo. U Republici Hrvatskoj upit za istraživanje je poslan svim Domovima zdravlja, osim onima koji su sudjelovali u pokusnoj studiji (Dom zdravlja Čakovec, Dom zdravlja Koprivničko križevačke županije, Dom zdravlja Krapinsko zagorske županije i Dom zdravlja Varaždinske županije). Pozitivan povratni odgovor za sudjelovanje u istraživanju vratilo je deset domova zdravlja od 49 domova zdravlja koliko ih ima u Hrvatskoj s time da su četiri, već spomenuta Doma zdravlja prethodno sudjelovala u pokusnom istraživanju te im sada nije poslan upit i nisu uključeni u istraživanje. Domovi zdravlja od kojih je dobiven pozitivan odgovor teritorijalno su raspoređeni tako da pokrivaju sve glavne regije Republike Hrvatske i najveći su brojem patronažnih medicinskih sestara na svojem području, tako da smatramo da je i time ispoštovana prigodnost uzorka. U istraživanju u Hrvatskoj sudjelovale su patronažne medicinske sestre iz sljedećih Domova zdravlja: Dom zdravlja Karlovac, Dom zdravlja Osijek, Dom zdravlja Zagreb – Istok, Dom zdravlja Zagreb – Zapad, Dom zdravlja Zagreb – Centar, Istarski domovi zdravlja, Dom zdravlja Primorsko – goranske županije, Dom zdravlja Splitsko – dalmatinske županije, Dom zdravlja Šibenik, Dom zdravlja Dubrovnik. Upitnici su elektroničkom poštom poslani voditeljima patronažnih službi u pojedinim domovima zdravlja, a oni su ih putem elektroničke pošte prosljedili dalje patronažnim sestrama u nadležnom Domu zdravlja.

U Republici Sloveniji kontaktirana je predsjednica *Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti* koja djeluje pri *Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društva medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov* te je anketni upitnik poslan osobi za kontakt i podijeljen putem internetskih stranica *Sekcije*, a kasnije je poslan putem elektroničke pošte direktno na službene elektroničke adrese patronažnih medicinskih sestara diljem Slovenije. Svim ispitanicima upitnik je poslan elektroničkom poštom u tri navrata uz napomenu da ga ne popunjavaju ako su to već učinili ranije.

Iz formirane Microsoft Excel datoteke konvertirani su podatci u SPSS datoteku na osnovu koje su napravljene sve vrste statističkih analiza (programom SPSS Statistics for Windows, verzija 17.0) dok su grafikoni izrađeni uz pomoć Microsoft Excela 2010.

3.3.2 Opis instrumenata

Za prikupljanje podataka korišten je prilagođeni Palmorov *Facts on Aging Quiz* (Breytspraak i Badura 2015) preveden na hrvatski i slovenski jezik te prilagođena Skala o stavu prema starijim osobama u obliku semantičkog diferencijala (Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, s petstupanjskom ljestvicom gdje najmanji broj označava negativnu osobinu, a najveći pozitivnu). U posljednjem, trećem dijelu upitnika traženi su demografski podatci o ispitanicima kao što su dob, spol, život sa starijom osobom u kućanstvu, završena razina obrazovanja, godine radnog staža, mjesto rada (ruralno – urbano), država zaposlenja.

Strukturirani upitnik

1. dio – Palmorov *Facts on Aging Quiz* u ovom slučaju korištena je već prilagođena verzija (Breytspraak i Badura 2015). Originalni *Facts on Aging Quiz* osmislio je 1977. godine Erdman B. Palmore kako bi pojednostavio istraživanja na temu znanja o starenju i starijim osobama. Naime, prije su postojali razni testovi, ali su bili puno dulji i detaljniji od prvog *Facts on Aging Quiz*a koji je imao samo 25 pitanja, a odgovaralo se samo s „Točno“ i „Netočno“ (Palmore 1977). Drugi dio *Facts on Aging Quiz*a osmislio je također Palmore 1981. godine kako bi dopunio prethodni upitnik i kako bi povećao pouzdanost s dodatnih 25 pitanja (Palmore 1981). U periodu od 30-ak godina od nastanka upitnika isti je korišten u preko 150 istraživanja znanja o starijim osobama (Mandville-Anstey 2014, 9). S obzirom na to da su oba upitnika prilično „stara“ i odnose se na američku populaciju, autorice Breytspraak i Badura su 2015. godine modificirale oba upitnika i spojile ih u jedan upitnik od 50 pitanja. U ovom radu je korišten modificirani upitnik koji je preveden na hrvatski i slovenski jezik, prilagođen na način da je umjesto „SAD“ u upitnik stavljeno Hrvatska i Slovenija (25. pitanje). Uklonjena su dva pitanja koja nisu bila relevantna za okruženje u kojem se obavlja istraživanje: „Očekivani životni vijek Afroamerikanaca iznad 85 godina je isti kao i u bijelaca.“ i „Socijalno osiguranje se

automatski povećava s inflacijom.“. Umjesto njih su dodana dva pitanja o smještaju starijih osoba u ustanovu (49. i 50. pitanje): „Starije osobe odlaze u dom samo zato što nemaju podršku obitelji.“ te „Većina starijih osoba željela bi živjeti u staračkom domu.“. Prema tome, upitnik sadrži 50 činjenica o starosti i starenju na koje ispitanici odgovaraju kratko označivši samo „Točno“ ili „Netočno“.

2. dio – Stavovi ispitanika o starosti u obliku semantičkog diferencijala. Za Semantički diferencijal stavova prema starijim osobama zatraženo je i dobiveno odobrenje Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. Semantički diferencijal stavova ukazuje na stavove ispitanika naspram starijih osoba razrađeno u više biopsihosocijalnih kategorija. Postavljeno je 16 parova karakteristika starijih osoba uz koje ispitanici označavaju što im odgovara uz pojam starije osobe na Likertovoj skali od 5 stupnjeva gdje bi 1 označavalo lošu karakteristiku, a 5 najbolju. Pouzdanost skale ispitana je Cronbach alfa testom pouzdanosti gdje smo dobili koeficijent od 0,858 što označava vrlo dobru pouzdanost.
3. dio – demografski podatci
 - a. dob
 - b. spol
 - c. život s osobom starijom od 65
 - d. završen najviši stupanj obrazovanja
 - e. vrijeme završetka najvišeg stupnja obrazovanja
 - f. godine radnog staža općenito
 - g. godine radnog staža na trenutnom radnom mjestu
 - h. mjesto rada (urbano ili ruralno područje)
 - i. država rada (Slovenija ili Hrvatska)
 - j. kontakt i rad s osobom starijom od 65 godina

3.3.3 Opis uzorka

U istraživanju su sudjelovale 282 patronažne medicinske sestre i dva medicinska tehničara. Zbog tako malog učešća osoba muškog spola nisu bile rađene analize prema spolu, već su svi ispitanici analizirani zajedno, pod zajedničkim nazivom „patronažne medicinske sestre“. Od 284 anketirane patronažne medicinske sestre njih 175 živi i radi u Hrvatskoj, dok ih 109

živi i radi u Sloveniji. Ovi uzorci čine 21,4 % patronažnih medicinskih sestara u Hrvatskoj odnosno 21,4 % patronažnih medicinskih sestara u Sloveniji (od 818 njih u Hrvatskoj, odnosno 510 njih u Sloveniji (HZJZ 2018a, 164; Završ Džananović 2018, 12-15). Cilj je bio obuhvatiti 20 % ukupne populacije patronažnih sestara. S obzirom na to da u obje države u patronažnoj službi rade medicinske sestre s različitim stupnjem edukacije, istraživanje je u obje države bilo ograničeno na medicinske sestre sa završenim prvim i drugim bolonjskim stupnjem edukacije za medicinske sestre. Iz populacije medicinskih sestara s navedenom edukacijom, korišten je prigodni uzorak.

S obzirom na dob najmanje je anketirano mlađih medicinskih sestara, a najviše onih iznad 50 godina života (tabela 4).

Od 284 ispitanika njih 86 (30 %) živi u kućanstvu s osobom starijom od 65 godina, dok preostalih 198 (70 %) ispitanika nema u kućanstvu osobe takve dobi.

Od 284 anketirane patronažne medicinske sestre njih 224 (79 %) su prvostupnice, dok ih je 60 diplomiranih medicinskih sestara (21 %). Godina diplomiranja je kod anketiranih 259 sestara bila prije 2017. godine, a kod njih 25 je to bilo 2017. godine ili kasnije.

Ukupni radni staž anketiranih medicinskih sestara bio je između jedne i 46 godina te je prosječno iznosio 24,8 godina (medijan je 27 godina). Radni staž u patronažnoj službi varirao je između jedne i 41 godine te je prosječno iznosio 14,3 godina (medijan je 12,5 godina). Dakle, u prosjeku su anketirane medicinske sestre od svog radnog vijeka nešto preko polovinu radile na poslovima patronažne medicinske sestre ($14,3/24,8 \cdot 100 = 58$ %).

Većina anketiranih patronažnih medicinskih sestara radi u urbanom području, njih 58 %. Ostale rade u ruralnim područjima (42 %).

Velika većina anketiranih patronažnih medicinskih sestara svakodnevno, kroz svoj posao, dolazi u kontakt s osobama starije dobi (njih 93 %).

Demografske i radne karakteristike patronažnih medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju prikazane su u tabeli 4.

Tabela 4: Anketirane patronažne medicinske sestre prema demografskim i radnim karakteristikama (N = 284)

Varijabla i oblik varijable	N	%
Spol ispitanika:		
muški	2	1
ženski	282	99
Ukupno	284	100
Dob ispitanika:		
mlađa (20 – 34 godine)	53	18
srednja (35 – 49 godina)	107	38
starija (50 – 64 godine)	124	44
Ukupno	284	100
Suživot s osobom star. od 65 g.		
da	86	30
ne	198	70
Ukupno	284	100
Obrazovanje:		
prvostupnik	224	79
diplomirana medicinska sestra	60	21
Ukupno	284	100
Godina diplomiranja:		
prije 2017. g.	259	91
2017. g. ili kasnije	25	9
Ukupno	284	100
Ukupni radni staž:		
prosječno	24,8	
medijan	27,0	
minimalno	1	
maksimalno	46	
standardna devijacija	12,012	
koeficijent varijacije	49 %	
Radni staž u patronažnoj službi:		
prosječno	14,3	
medijan	12,5	
minimalno	1	
maksimalno	41	
standardna devijacija	11,096	
koeficijent varijacije	78 %	
Radna okolina:		
ruralna	120	42
urbana	164	58
Ukupno	284	100
Država prebivališta i rada:		

Republika Hrvatska	175	62
Republika Slovenija	109	38
Ukupno	284	100
Učest. kontakta sa star. osobama:		
svakodnevno	265	93
dva do tri puta tjedno	19	7
Ukupno	284	100

Izvor: Anketni upitnik 2019.

3.3.4 Opis obrade podataka

Iz formirane Microsoft Excel datoteke konvertirani su podaci u SPSS datoteku na osnovu koje su napravljene sve vrste statističkih analiza (programom SPSS Statistics for Windows, verzija 17.0).

U radu su korištene sljedeće metode statističke analize:

- deskriptivne metode statističke analize (tabelarni i grafički prikazi, relativni brojevi, srednje vrijednosti, mjere disperzije, mjera asimetrije, mjera zaobljenosti, Pearsonov i Spearmanov koeficijent korelacije), kako bi dobili distribuciju bodova anketiranih patronažnih medicinskih sestara na tvrdnje o znanju o starijim osobama te učestalost odgovora patronažnih medicinskih sestara o pozitivnim i negativnim osobinama starijih osoba
- inferencijalne metode statističke analize (hi-kvadrat test, t-test i F-test razlike između aritmetičkih sredina za male nezavisne uzorke, t-test razlike proporcija za nezavisne uzorke i dvofaktorska analiza varijance) na običajenom nivou signifikantnosti od 0,05, kako bi usporedili odgovore ispitanika iz Slovenije i Hrvatske, onih koji žive sa starijom osobom i onima koji ne žive, razlike u odgovorima ispitanika različite razine edukacije te postoje li razlike između onih koji žive i rade u ruralnom području i onih koji žive u urbanom području
- multivarijantne metode statističke analize (klaster analiza) kojoj je cilj klasificiranje (segmentiranje, klasteriranje) ispitanika u relativno homogene skupine (segmente, profile, grupe, klasterne): tako da svaka grupa predstavlja homogen skup (jedinice u grupi su međusobno slične); tako da se svaka grupa razlikuje od ostalih grupa (jedinice iz različitih grupa se znatno razlikuju). Korištene su četiri varijable: bodovi za znanje, stavovi u tri grupe, dob u tri grupe i radni staž u patronažnoj službi u tri grupe. Razlike između klastera su statistički visoko značajne za svaku pojedinu od četiri varijable korištene kod klasteriranja ($p < 0,001$). Dakle, postupak klasterizacije medicinskih sestara uspješno je proveo njihovu homogenizaciju na temelju multidimenzionalnog načela, tj. na temelju relevantnih varijabli.

Zaključci u vezi s razlikama i povezanosti među varijablama doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95 %.

Rezultati analize su izneseni i opisani u tri poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza
- inferencijalna statistička analiza
- klaster analiza
- zaključci u vezi s hipotezama.

U drugoj skupini pitanja (tvrdnji), semantičkom diferencijalu stavova prema starijim osobama koje se odnosi na različite osobine starijih osoba (osoba starijih od 65 godina), izneseno je 16 tvrdnji na koje je trebalo odgovoriti s manjim ili većim stupnjem slaganja. Ovakav način odgovaranja putem skale slaganja s iznesenim tvrdnjama (Likertova skala) izražavan je u pet stupnjeva (procjena):

1 = uopće nije točno

2 = nije točno

3 = ni točno, niti netočno

4 = točno

5 = u potpunosti točno

Dakle, pitanje je izraženo na ordinalnoj mjernoj skali kojoj su pridružene navedene vrijednosti poretka. Budući da se pretpostavlja da su razlike među tim vrijednostima vrlo slične, ova se mjerna skala uvjetno može smatrati i intervalnom. Stoga je na osnovu navedenih vrijednosti moguće izračunavati srednje vrijednosti (u pravilu je to aritmetička sredina) i mjere disperzije (u pravilu je to standardna devijacija i koeficijent varijacije).¹³

3.3.5 Etički vidik istraživanja

Prije početka istraživanja, sudionicima je elektroničkim putem poslan upit žele li i pod kojim uvjetima sudjelovati u istraživanju. Od 45 domova zdravlja u Hrvatskoj kojima je poslan upit, odazvalo se deset s najvećim brojem patronažnih medicinskih sestara. Sedam Domova zdravlja tražilo je da im se pošalje dokumentacija za etičko povjerenstvo te je dobiveno pozitivno mišljenje o istraživanju i tek nakon toga im je proslijeđen anketni upitnik. Kao dokumentacija za komisiju etičkog povjerenstva tražili su kratak opis istraživanja,

¹³ „... kod intervalnih skala možemo računati i ove parametre: aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju, z-vrijednosti i koeficijente korelacije r...” (Petz 2007, 298).

metodologiju, ciljani uzorak te anketni upitnik. Od svih sedam Domova zdravlja dobiveno je pozitivno mišljenje etičkog povjerenstva i nakon toga je poveznica na anketni upitnik poslana osobama za kontakt u svakom Domu zdravlja te su ga oni prosljedili ispitanicima. Tri Doma zdravlja tražili su samo na uvid anketni upitnik elektroničkim putem te nisu tražili drugu dokumentaciju za etičko povjerenstvo jer su smatrali da nije potreban stav etičkog povjerenstva s obzirom na to da upitnici ne zadiru u privatnost, zajamčena je anonimnost, ne traže se podatci o pacijentima i sudjelovanje je dobrovoljno.

U Sloveniji je kontaktirana predsjednica *Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti* koja djeluje pri *Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društva medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov* te je nakon uvida u anketni upitnik predsjednica Sekcije procijenila da nema potrebe tražiti mišljenje etičkog povjerenstva s obzirom na to da je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno te nema etičkih sukoba.

3.4 Rezultati

3.4.1 Deskriptivna statistička analiza

Nakon prikaza demografskih i radnih karakteristika anketiranih patronažnih medicinskih sestara slijedi prikaz učestalosti odgovora na 50 tvrdnji u vezi sa starijim osobama kod kojih su bila moguća samo dva odgovora: točno ili netočno. Svaka od tih tvrdnji je ispitaniku mogla donijeti po 1 bod ako je ona bila točna, a on je odabrao odgovor „točno“, odnosno bila je netočna pa je on odabrao odgovor „netočno“. Bilo je ukupno 19 točnih tvrdnji i 31 netočna tvrdnja. Iz tabele 5 može se uočiti na koje su tvrdnje ispitanici točnije odgovorili, a na koje su više griješili te su najučestaliji odgovori u tabeli označeni podebljano. Također, najniži postoci točnih odgovora, ispod 33 %, označeni su podebljano.

Tabela 5: Odgovori anketiranih medicinskih sestara na 50 tvrdnji o starijima (N = 284)¹⁴

Tvrdnja	Točno	Netočno	% ispravnih odgovora
Većina starijih ljudi (starijih od 65 g.) boluje od Alzheimerove bolesti.	19	265	93
Starenjem se inteligencija ljudi značajno smanjuje.	47	237	83
Starijim osobama je jako teško naučiti nešto novo.	133	151	53
Osobnost se s godinama promijeni.	190	94	33
Gubitak pamćenja je normalni dio starenja.	156	128	55
Vrijeme za reakciju povećava se kako odrasli postaju stariji.	234	50	82
Klinička depresija pojavljuje se češće kod starijih ljudi, nego kod mladih ljudi.	110	174	61
Kod starijih osoba je veći rizik za zarazu HIV-om/AIDS-om.	2	282	99
Alkoholizam i zlouporaba alkohola su značajno veći problemi u populaciji starijih od 65 godina, nego u populaciji mlađih od 65 godina.	16	268	94
Starije osobe imaju više problema sa spavanjem, nego mlađe osobe.	245	39	86
Stopa samoubojstva je najveća kod starijih osoba.	21	263	93
Visoki krvni tlak se povećava s godinama.	193	91	68
Stariji ljudi se manje znoje pa postoji veća mogućnost nastanka hipertermije.	104	180	37
Osteoporozna se s godinama pojavi kod svih žena.	63	221	78
Visina osobe smanjuje se u starijoj dobi.	279	5	98
Fizička snaga smanjuje se u starijoj dobi.	276	8	97
Većina starijih osoba izgubi interes i kapacitet za seksualne odnose.	228	56	20
Kapacitet mokraćnog mjehura smanjuje se s godinama što dovodi do čestog mokrenja.	163	121	57
Starenje ne utječe na funkciju bubrega.	100	184	65
Češći problemi s opstipacijom su normalna promjena kako ljudi stare.	182	102	36
S godinama se smanjuje funkcionalnost svih pet osjetila.	253	31	89
Ljudi koji dulje žive rjeđe doživljavaju akutna stanja, a češće stanja kronične bolesti.	178	106	63
Umirovljenje često determinira zdravlje – npr. često se događa da ljudi obole i umru brzo nakon umirovljenja.	153	131	46
Starije osobe osjećaju manju anksioznost vezanu za smrt, nego mladi i osobe srednje dobi.	106	178	37
Ljudi od 65 godina i stariji trenutno čine oko 20 % populacije Republike Hrvatske/Slovenije.	202	82	71
Većina starijih ljudi živi u staračkom domu.	7	277	98
Moderna obitelj više ne brine za svoje starije članove.	170	114	40

¹⁴ Broj ispravnih odgovora deblje je otisnut u tabeli u koloni „točno“, odnosno u koloni „netočno“. Najniži postoci (ispod 33 %) ispravnih odgovora deblje su otisnuti u posljednjoj koloni tabele (kod devet tvrdnji).

Očekivana životna dob muškaraca od 65 godina starosti je otprilike ista kao i kod žena.	28	256	90
Živjeti ispod ili blizu linije siromaštva za većinu starijih osoba više nije značajan problem.	103	181	36
Većina starijih vozača je sposobno sigurno upravljati motornim vozilom.	86	198	30
Stariji radnici ne mogu raditi toliko učinkovito kao što mogu mlađi radnici.	192	92	32
Većina starih ljudi je utvrdilo svoja mišljenja i ponašanje i ne može se promijeniti.	187	97	34
Većini starijih ljudi je dosadno.	85	199	70
Općenito, većina starijih osoba je slična.	62	222	78
Stariji odrasli (65+) su češće žrtve kriminala, nego odrasli ispod 65 godina.	178	106	37
Stariji ljudi postaju religiozniji s godinama.	155	129	55
Starije osobe (65+) se više boje kriminala, nego osobe mlađe od 65 godina.	240	44	15
Starije osobe se prilikom selidbe na novu lokaciju teže prilagođavaju, nego pripadnici mlađih dobnih skupina.	277	7	2
Sudjelovanje u volontiranju putem raznih organizacija (npr.: crkve i klubovi) se smanjuje kod starijih odraslih osoba.	115	169	60
Starije osobe su puno sretnije ako nisu u društvu.	22	262	92
Gerijatrija je specijalnost u medicini.	256	28	90
Sve medicinske škole u programu imaju kolegije iz gerijatrije i gerontologije.	198	86	30
Zlostavljanje starijih odraslih nije značajan problem u Republici Hrvatskoj.	45	239	84
Bake i djedovi danas uzimaju manje odgovornosti oko podizanja unuka, nego ikada prije.	142	142	50
Starijim ljudima treba dulje da se oporave od fizičkog i psihičkog stresa.	273	11	96
Većina starijih odraslih smatra svoje zdravlje dobrim ili odličnim.	41	243	14
Starije žene brinu više o svom zdravlju nego stariji muškarci.	202	82	71
Istraživanja su dokazala da starija životna dob zaista počinje kod 65 godina starosti.	146	138	49
Starije osobe odlaze u dom samo zato što nemaju podršku obitelji.	93	191	67
Većina starijih osoba željela bi živjeti u staračkom domu.	8	276	97

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Najveći broj pogrešnih odgovora može se iz tabele 4 uočiti kod sljedeće četiri tvrdnje:

- 38: Starije osobe se prilikom selidbe na novu lokaciju teže prilagođavaju, nego pripadnici mlađih dobnih skupina – tvrdnja je netočna i svega 2 % ispitanika je ispravno odgovorilo.
- 46: Većina starijih odraslih smatra svoje zdravlje dobrim ili odličnim – tvrdnja je točna i samo 14 % ispitanika je ispravno odgovorilo.
- 37: Starije osobe (65+) se više boje kriminala nego osobe mlađe od 65 godina – tvrdnja je netočna i svega 15 % ispitanika je ispravno odgovorilo.
- 17: Većina starijih osoba izgubi interes i kapacitet za seksualne odnose – tvrdnja je

netočna i svega 20 % ispitanika je ispravno odgovorilo.

S druge pak strane, treba reći da je 10 tvrdnji postiglo zavidan broj ispravnih odgovora od preko 90 %. To se odnosi na tvrdnje 1, 8, 9, 11, 15, 16, 26, 40, 45 i 50.

Kada se svakom ispitaniku dodijeli po jedan bod za svaki ispravan odgovor te se zbroji taj broj bodova za svakog ispitanika, dobije se distribucija bodova koji variraju od najmanje 21 boda do najviše 39 bodova (od 50 mogućih bodova). Karakteristike te distribucije navedene su u tabeli 6, a grafički je ona prikazana pomoću poligona frekvencija na grafikonu 1.

Tabela 6: Deskriptivni pokazatelji za distribuciju bodova anketiranih medicinskih sestara na tvrdnje o znanju o starijim osobama (N = 284)

Karakteristika distribucije	Vrijednost
Srednje vrijednosti:	
aritmetička sredina	31,2
medijan	31
mod	31
donji kvartil	29
gornji kvartil	33
Mjere disperzije:	
najmanja vrijednost	21
najveća vrijednost	39
standardna devijacija	3,29
koeficijent varijacije	11 %
Mjera asimetrije:	
skewness	-0,11
Kolmogorov-Smirnovljev test:	
pokazatelj u testu z	1,281
statistička značajnost p	0,075
normalnost distribucije	da

Izvor: Anketni upitnik 2019.

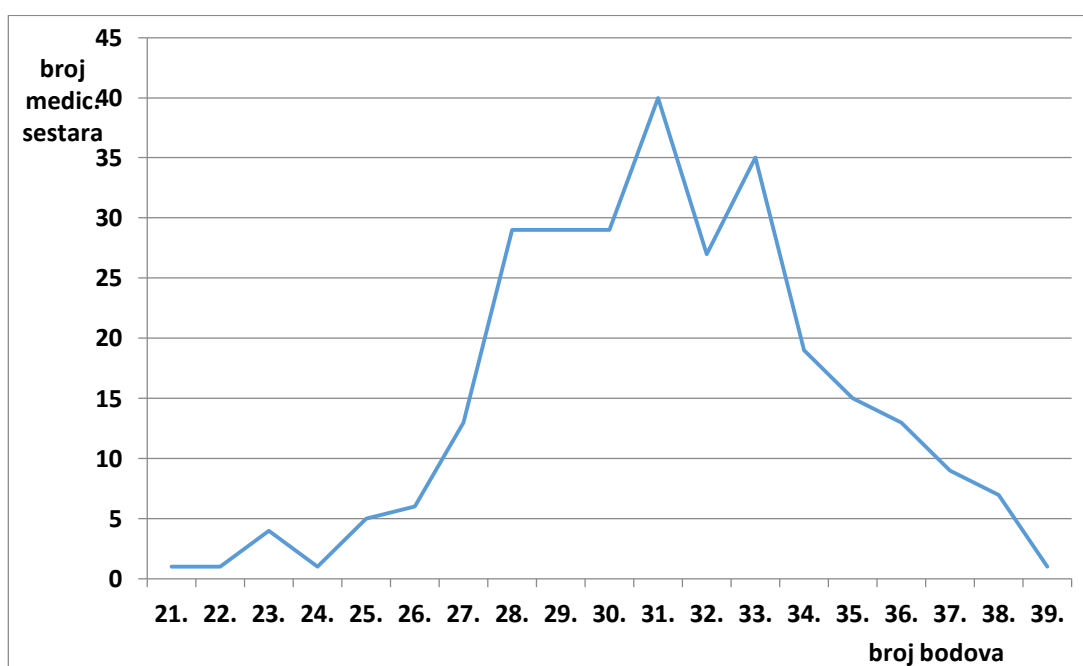
Ispitanik s najmanje osvojenim 21 bodom ustvari je postigao 42 % od maksimalnih 50 bodova. Ispitanik s najviše osvojenih 39 bodova postigao je 78 % od maksimalnih 50 bodova. Osvojeni bodovi ispitanika s najmanje osvojenih bodova i ispitanika s najviše osvojenih bodova razlikuju se od prosjeka za -3,10 standardnih devijacija, što je vrlo visoko negativno odstupanje, odnosno za 2,37 standardnih devijacija. Distribucija bodova koje su ispitanici dobili odgovarajući na 50 pitanja o znanju o starijima blago je ljevostrano asimetrična ($S_k = -0,11$), male disperzije (koeficijent varijacije je 11 %) i slična je normalnoj distribuciji ($p = 0,075$). Prema tome, ispitanici su s obzirom na svoje znanje o starijim

osobama prilično homogena skupina. Budući da je distribucija slična normalnoj, za njenu se analizu mogu koristiti parametrijske metode statističke analize.

Za potrebe inferencijalne statističke analize 284 medicinskih sestara je prema znanju o starijima svrstano u tri grupe prema vrijednostima kvartila:

manje znanje (21 – 28 bodova)	60 medicinskih sestara odnosno 21 %
srednje znanje (29 – 33 boda)	160 medicinskih sestara odnosno 56 %
veće znanje (34 – 39 bodova)	64 medicinskih sestara odnosno 23 %

Grafikon 1: Distribucija bodova na testu znanja o starijima za 284 anketirane patronažne medicinske sestre



Izvor: Anketni upitnik 2019.

Treću grupu pitanja čini 16 izjava o osobinama starijih osoba prema Semantičkom diferencijalu stavova o starijim osobama. Ispitanici su trebali ocjenom od 1 do 5 odabrati je li starija osoba bliže negativnoj karakteristici (ocjene 1 i 2) ili je bliže pozitivnoj karakteristici (ocjene 4 i 5) ili je negdje između (ocjena 3). Nakon prebrojavanja odgovora 284 medicinskih sestara njihovi su stavovi prezentirani u tabeli 7.

Tabela 7: Anketirane medicinske sestre prema učestalosti odgovora na pitanja o negativnim odnosno pozitivnim osobinama starijih ljudi (N = 284) – u apsolutnim frekvencijama (kolone s ocjenama 1, 2, 3, 4 i 5) te s deskriptivnim pokazateljima ¹⁵

Negativne osobine	Ocjene					Pozitivne osobine	Deskript.pokazatelji		
	1	2	3	4	5		Arit. sred.	Stand. devij.	Koef. varij.
1. bolestan	-	64	165	49	6	zdrav	2,99	0,696	23
2. siromašan	15	72	171	23	3	bogat	2,74	0,724	26
3. neuredan	2	22	162	85	13	uredan	3,30	0,707	21
4. debeo	-	24	206	51	3	mršav	3,12	0,542	17
5. nepokretan	2	40	156	76	10	pokretan	3,18	0,739	23
6. lijen	3	10	137	112	22	marljiv	3,49	0,735	21
7. beskoristan	4	5	89	117	69	koristan	3,85	0,857	22
8. psihički nesamostalan	1	17	119	112	35	psihički samostalan	3,57	0,796	22
9. ovisan o tuđoj pomoći	4	49	157	63	11	neovisan o tuđoj pomoći	3,10	0,773	25
10. pasivan	-	36	154	77	17	aktivan	3,26	0,755	23
11. zaboravan	2	76	147	51	8	dobro pamti	2,95	0,767	26
12. osamljen	16	103	116	35	12	društven	2,73	0,901	33
13. ružan	2	13	125	96	48	lijep	3,62	0,843	23
14. neiskusan	4	3	39	95	143	iskusan	4,30	0,849	20
15. usporen	14	137	109	23	1	ubrzan	2,51	0,730	29
16. mrzovoljan	2	29	175	68	10	raspoložen	3,19	0,689	22

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Velika većina odgovora o osobinama starijih osoba je kod ocjene 3, na sredini između negativne i pozitivne njihove karakteristike (tabela 7). Izuzetak su tri karakteristike:

- beskoristan – koristan, gdje je pretežan broj ispitanika dalo pozitivniju ocjenu 4
- neiskusan – iskusan, gdje je pretežan broj ispitanika dalo pozitivniju ocjenu 4
- usporen – ubrzan, gdje je pretežan broj ispitanika dalo ocjenu 2.

Aritmetičke sredine najbolje pokazuju kakve su ocjene dobile te osobine starijih. Najniže ocjene su kod pet osobina, a to su:

- usporen – ubrzan prosjek je 2,51
- osamljen – društven prosjek je 2,73
- siromašan – bogat prosjek je 2,74
- zaboravan – dobro pamti prosjek je 2,95

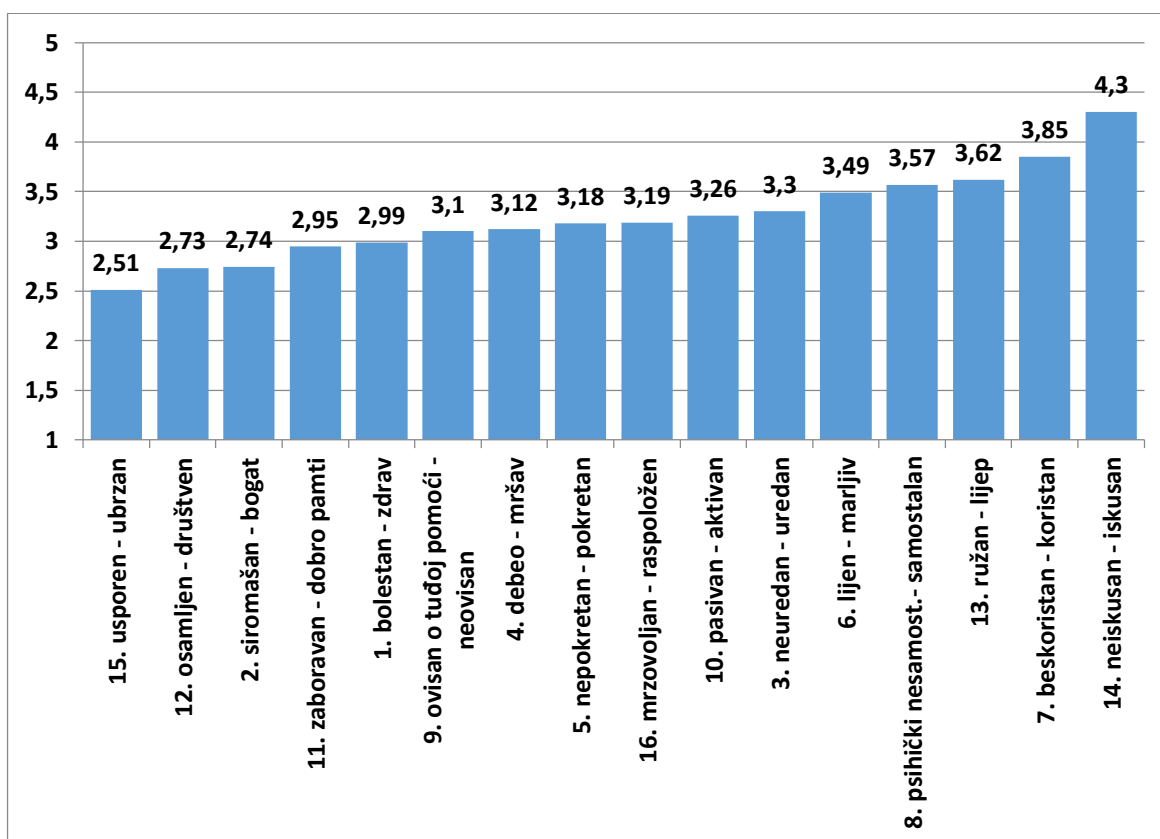
¹⁵ U tabeli su deblje otisnute najveće apsolutne frekvencije.

bolestan – zdrav

prosjeak je 2,99

Tih pet osobina više naginju negativnijoj strani (prosjeak ispod 3). S druge pak strane postoji 11 osobina koje su medicinske sestre procijenile više pozitivnim (prosjeak iznad 3). Među njima je jedna osobina s prosjekom iznad 4 (4,30), a odnosi se na osobinu neiskusna – iskusan. U cjelini, više je osobina ocijenjeno pretežno pozitivnim (grafikon 2, na kojem su te osobine poredane od onih lošije ocijenjenih do onih bolje ocijenjenih).

Grafikon 2: Prosječne ocjene osobina starijih osoba koje su dobivene anketom 284 patronažne medicinske sestre na skali od 1 do 5



Izvor: Anketni upitnik 2019.

U tabeli 8 navedeni su deskriptivni pokazatelji izračunati na osnovu prosjeka svih 16 osobina kod pojedinih medicinskih sestara. Ti prosjeci variraju između 2,38 i 4,50, a opći prosjeak je 3,24.

Tabela 8: Deskriptivni pokazatelji o prosječnim osobinama starijih koje su procjenjivale anketirane medicinske sestre (N = 284)

Karakteristika distribucije	Vrijednost
Srednje vrijednosti:	
aritmetička sredina	3,24
medijan	3,19
mod	3
donji kvartil	2,94
gornji kvartil	3,5
Mjere disperzije:	
najmanja vrijednost	2,38
najveća vrijednost	4,50
standardna devijacija	0,430
koeficijent varijacije	15 %
Mjera asimetrije:	
skewness	0,57
Mjera zaobljenosti:	
kurtosis	0,09
Kolmogorov-Smirnovljev test:	
pokazatelj u testu z	1,582
statistička značajnost p	0,013
normalnost distribucije	ne

Izvor: Anketni upitnik 2019.

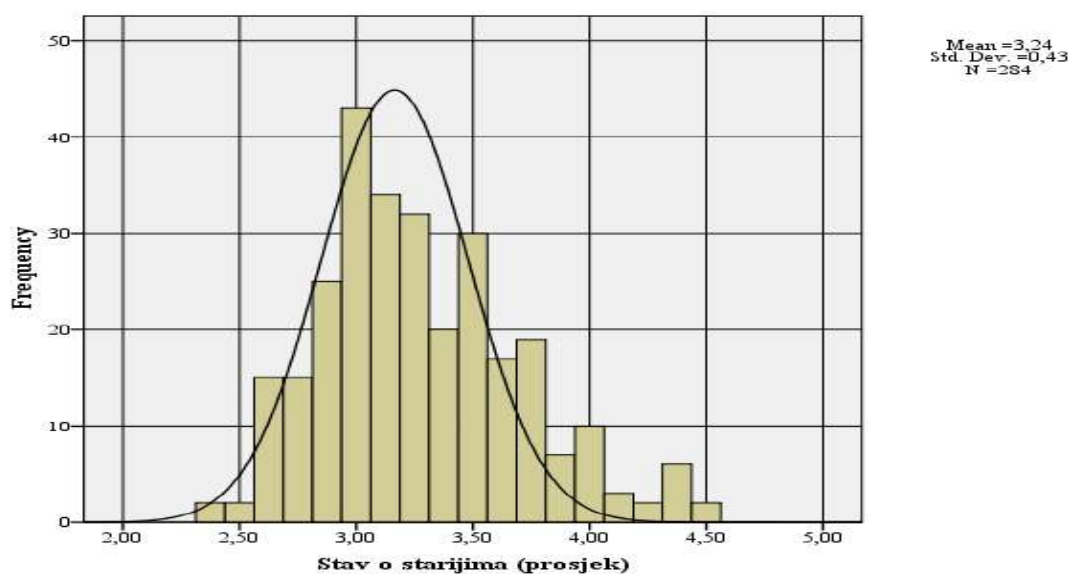
Distribucija prosjeka koje su ispitanici dali starijim osobama ocjenjujući njihove osobine (grafikon 3) desnostrano je asimetrična ($Sk = 0,57$), male disperzije (koeficijent varijacije je 15 %) i nije slična normalnoj distribuciji ($p = 0,013$). Prema tome, ispitanici su s obzirom na svoje procjene osobina starijih osoba prilično homogena skupina. Budući da distribucija nije slična normalnoj, za njenu se analizu ne bi smjele koristiti parametrijske metode statističke analize. Međutim, od tog će se pravila ovdje odstupiti iz sljedećih razloga:

- zato što su prosječne ocjene dosta homogene vrijednosti (koeficijent varijacije je 15 %)
- zato što je asimetrija prosječnih ocjena desnostrana, ali umjerena ($Sk = 0,57$)
- zato što je zaobljenost vrha vrlo slična normalnoj distribuciji (kutosis = 0,09)
- zato što grafički prikaz (grafikon 3) ne ukazuje na veću razliku u odnosu na normalnu distribuciju.

Analiza pouzdanosti skale 16 osobina starijih osoba napravljena alfa modelom dala je Cronbach alfa koeficijent od 0,858. Prema tome, skala ima vrlo dobru pouzdanost. Odgovori na pojedine tvrdnje međusobno su dobro usklađeni. Osim toga, treba navesti da bi

isključivanje pojedinih osobina navedenih u tabeli 7 neznatno povećalo pouzdanost pa to isključivanje nije urađeno. Najmanji koeficijenti korelacije između osobina (item-item correlations) su u granicama prihvatljivosti (kreću se između 0,055 za četvrtu osobinu i 0,697 za desetu osobinu). Samo je taj jedan koeficijent (od njih 16) ispod zadovoljavajućih 0,15.

Grafikon 3: Distribucija prosječnih ocjena osobina starijih osoba koje su dobivene anketom 284 patronažnih medicinskih sestara (histogram s ucrtanom normalnom krivuljom)



Izvor: Anketni upitnik 2019.

Anketiranih 284 medicinskih sestara je prema stavovima o osobinama starijih svrstano u tri grupe na osnovu vrijednosti kvartila i to:

pretežno negativni stavovi (2,38 – 2,94)	76 medicinskih sestara (27 %)
pretežno pozitivni stavovi (2,95 – 3,49)	129 medicinskih sestara (45 %)
jače pozitivni stavovi (3,50 – 4,50)	79 medicinskih sestara (28 %).

3.4.2 Inferencijalna statistička analiza

Izvedene metode statističke analize podijeljene su u sedam analiza. Neki od narednih statističkih testova pokazali su nepostojanje statistički značajnih razlika, odnosno nepostojanje povezanosti među varijablama. U tom je slučaju cjelokupni uzorak od 284 ispitanika podijeljen na dva dijela: ispitanici iz Hrvatske i ispitanici iz Slovenije. Tada su isti

ti testovi izvedeni s navedena dva podskupa ispitanika kako bi se potvrdio ili opovrgao zaključak o nepostojanju statistički značajnih razlika, odnosno povezanosti. Ovaj se postupak pokazao korisnim jer su dobiveni dodatni (izmijenjeni) zaključci o razlikama, odnosno zaključci o povezanosti među varijablama.

Prva analiza je provedena pomoću t-testova razlike između aritmetičkih sredina znanja o starijima, ali i stavova o osobinama starijih. Provedeno je ukupno 20 t-testova čiji su rezultati navedeni u tabeli 8 za znanje o starijima i u tabeli 9 za stavove o osobinama starijih. U testovima u kojima se kao nezavisna varijabla pojavljuje radni staž tada se uvijek radi o radnom stažu na poslovima patronažne medicinske sestre koji je podijeljen u tri grupe:

manji (1 – 10 godina)	128 medicinskih sestara
srednji (11 – 30 godina)	133 medicinskih sestara
veći (31 – 41 godina)	23 medicinske sestre.

Tabela 9: Rezultati t-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 patronažnih medicinskih sestara) s obzirom na znanje o starijima¹⁶

R b	Varijabla	Ispit. iz	Grupa ispitanika	n ₁ n ₂	Aritm. sredina	t	p
1.	Znanje o starijima (bodovi)		iz Hrvatske iz Slovenije	175 109	30,70 31,90	3,026	0,003**
2.	Znanje o starijima (bodovi)	H i S	u suživotu nisu u suživotu	86 198	30,85 31,30	1,058	0,291
3.	Znanje o starijima (bodovi)	H	u suživotu nisu u suživotu	56 119	30,64 30,73	0,176	0,860
4.	Znanje o starijima (bodovi)	S	u suživotu nisu u suživotu	30 79	31,23 32,15	1,235	0,220
5.	Znanje o starijima (bodovi)	H i S	prvostupnica dipl. med. sestra	224 60	30,98 31,83	1,789	0,075
6.	Znanje o starijima (bodovi)	H	prvostupnica dipl. med. sestra	147 28	30,59 31,32	1,159	0,248
7.	Znanje o starijima (bodovi)	S	prvostupnica dipl. med. sestra	77 32	31,74 32,28	0,738	0,462
8.	Znanje o starijima (bodovi)	H i S	ruralno mj. rada urbano mj. rada	120 164	31,25 31,02	0,824	0,410
9.	Znanje o starijima (bodovi)	H	ruralno mj. rada urbano mj. rada	64 114	30,31 30,91	1,230	0,220
10.	Znanje o starijima (bodovi)	S	ruralno mj. rada urbano mj. rada	59 50	32,42 31,28	1,727	0,087

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Na osnovu rezultata prezentiranih u tabeli 9 može se zaključiti sljedeće:

Znanje o starijima statistički je značajno veće kod patronažnih medicinskih sestara iz Slovenije u odnosu na one iz Hrvatske ($31,9 > 30,7$) ($p = 0,003$).

Znanje o starijima statistički se značajno ne razlikuje kod patronažnih medicinskih sestara koje su u suživotu sa starijima u odnosu na one koje nemaju starije osobe u svom kućanstvu ($p = 0,291$). Takav zaključak je dobiven i na podskupu ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,860$), kao i na podskupu ispitanika iz Slovenije ($p = 0,220$).

Znanje o starijima statistički se značajno ne razlikuje kod patronažnih medicinskih sestara prvostupnica u odnosu na diplomirane medicinske sestre ($p = 0,075$). Isti zaključak je dobiven i na podskupu ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,248$), kao i na podskupu ispitanika iz Slovenije ($p = 0,463$). Diplomirane medicinske sestre su pokazale u prosjeku veće znanje od

¹⁶ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1 %

H = Hrvatska, S = Slovenija

prvostupnica u sva tri slučaja, no ta je razlika slučajna kao što se vidi iz dobivenih p vrijednosti.

Ne postoji statistički značajna razlika u razini znanja o starijima između medicinskih sestara zaposlenih pretežno u ruralnim sredinama u odnosu na one koje rade u urbanim područjima (p = 0,410 za sve anketirane, p = 0,220 za one iz Hrvatske, p = 0,087 za one iz Slovenije).

Tabela 10: Rezultati t-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 patronažnih medicinskih sestara) s obzirom na stavove o osobinama starijih osoba¹⁷

R. b.	Varijabla	Ispit. iz	Grupa ispitanika	n ₁ n ₂	Aritm. sredina	t	p
1.	Stavovi o osobinama starijih		iz Hrvatske iz Slovenije	175 109	3,27 3,20	1,407	0,161
2.	Stavovi o osobinama starijih	H i S	u suživotu nisu u suživotu	86 198	3,29 3,23	1,126	0,261
3.	Stavovi o osobinama starijih	H	u suživotu nisu u suživotu	56 119	3,38 3,22	2,221	0,028
4.	Stavovi o osobinama starijih	S	u suživotu nisu u suživotu	30 79	3,11 3,23	1,383	0,169
5.	Stavovi o osobinama starijih	H i S	prvostupnica dipl. med. sestra	224 60	3,25 3,24	0,024	0,981
6.	Stavovi o osobinama starijih	H	prvostupnica dipl. med. sestra	147 28	3,28 3,24	0,442	0,659
7.	Stavovi o osobinama starijih	S	prvostupnica dipl. med. sestra	77 32	3,18 3,25	0,822	0,413
8.	Stavovi o osobinama starijih	H i S	ruralno mj. rada urbano mj. rada	120 164	3,26 3,23	0,606	0,545
9.	Stavovi o osobinama starijih	H	ruralno mj. rada urbano mj. rada	61 114	3,27 3,27	0,081	0,936
10.	Stavovi o osobinama starijih	S	ruralno mj. rada urbano mj. rada	59 50	3,26 3,13	1,636	0,105

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Na osnovu rezultata prezentiranih u tabeli 10 može se zaključiti sljedeće u vezi sa stavovima patronažnih medicinskih sestara o osobinama starijih osoba:

¹⁷ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1, H = Hrvatska, S = Slovenija

Stavovi o osobinama starijih statistički se značajno ne razlikuju kod patronažnih medicinskih sestara iz Hrvatske u odnosu na one iz Slovenije ($p = 0,161$).

Stavovi o starijima statistički se značajno ne razlikuju kod patronažnih medicinskih sestara koje su u suživotu sa starijima u odnosu na one koje nemaju starije osobe u svom kućanstvu ($p = 0,261$). Međutim, takav zaključak nije dobiven i na podskupu ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,028$), gdje je vidljivo da ispitanici koji imaju starije osobe u svom kućanstvu imaju statistički značajno pozitivnije stavove od onih ispitanika koji takve osobe nemaju u kućanstvu. No, takav zaključak ne vrijedi za ispitanike iz Slovenije gdje također postoji razlika u stavovima, ali ona nije statistički značajna ($p = 0,169$).

Stavovi o osobinama starijih osoba statistički se značajno ne razlikuje kod patronažnih medicinskih sestara prvostupnica u odnosu na diplomirane medicinske sestre ($p = 0,981$). Isti zaključak je dobiven i na podskupu ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,659$), kao i na podskupu ispitanika iz Slovenije ($p = 0,413$).

Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o starijima između medicinskih sestara zaposlenih pretežno u ruralnim sredinama u odnosu na one koje rade u urbanim područjima ($p = 0,545$ za sve anketirane, $p = 0,936$ za one iz Hrvatske, $p = 0,105$ za one iz Slovenije).

Druga analiza je provedena pomoću F-testova (jednofaktorskih analiza varijance) razlike između aritmetičkih sredina znanja o starijima, ali i stavova o osobinama starijih. Provedeno je ukupno šest F-testova čiji su rezultati navedeni u tabeli 11. Kod usporedbe radnih staževa korišten je radni staž u patronažnoj službi, a ne ukupni radni staž.

Tabela 11: Rezultati F-testova usporedbe aritmetičkih sredina (N = 284 medicinskih sestara)¹⁸

R b	Varijabla	Ispit. iz	Grupa ispitanika	n ₁ n ₂ n ₃	Aritm. sredina	F	p
1.	Znanje o starijima (bodovi)	H i S	mlađe dobi srednje dobi starije dobi	53 107 124	29,38 31,36 31,76	10,729	<0,001***
2.	Znanje o starijima (bodovi)	H i S	manji rad. staž sred. rad. staž veći rad. staž	128 133 23	30,33 31,71 32,65	8,768	<0,001***
3.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci)	H i S	mlađe dobi srednje dobi starije dobi	53 107 124	3,25 3,16 3,32	4,221	0,016*
4.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci)	H i S	manji rad. staž sred. rad. staž veći rad. staž	128 133 23	3,24 3,23 3,37	1,017	0,363
5.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci)	H	manji rad. staž sred. rad. staž veći rad. staž	93 72 10	3,31 3,22 3,27		0,463 W 0,435 BF
6.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci)	S	manji rad. staž sred. rad. staž veći rad. staž	35 61 13	3,05 3,24 3,44	5,660	0,005**

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Na osnovu rezultata u tabeli 11 može se izvesti više zaključaka:

Znanje o starijim osobama statistički se značajno razlikuje kod medicinskih sestara različite dobi ($p < 0,001$). Najmanje je znanje kod sestara mlađe dobi, a najveće kod sestara starije dobi ($29,38 < 31,36 < 31,76$). Pomoću LSD post hoc testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između sestara mlađe dobi i sestara srednje dobi ($p < 0,001$), te između sestara mlađe dobi i starije dobi ($p < 0,001$)

Znanje o starijim osobama statistički se značajno razlikuje kod medicinskih sestara različitog radnog staža u patronažnoj službi ($p < 0,001$). Očekivano, najmanje je znanje kod sestara manjeg radnog staža, a najveće kod sestara većeg radnog staža ($30,33 < 31,71 < 32,65$), kao što je to utvrđeno i kod dobi sestara. Pomoću LSD post hoc testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između sestara manjeg radnog staža i sestara srednjeg radnog

¹⁸ * statistička značajnost do 10 %; ** statistička značajnost do 5 %; *** statistička značajnost do 1 %

H = Hrvatska, S = Slovenija

staža ($p < 0,001$), te između sestara manjeg radnog staža i sestara većeg radnog staža ($p = 0,001$).

Stavovi o osobinama starijih osoba također se statistički značajno razlikuju kod medicinskih sestara različite dobi ($p = 0,016$). Pomoću LSD post hoc testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u stavovima između sestara srednje dobi i sestara starije dobi ($p = 0,004$).

Stavovi o osobinama starijih osoba statistički se značajno ne razlikuju kod medicinskih sestara različitog radnog staža ($p = 0,363$). Kada se ovaj test provede na podskupinama ispitanika iz Hrvatske odnosno Slovenije, zaključci nisu istovjetni. Za ispitanike iz Hrvatske provedeni su neparametrijski testovi jer se u Leveneovom testu jednakosti varijanci pokazalo da postoji statistički značajna razlika u varijancama ($p = 0,001$). Rezultati neparametrijskih testova su pokazali da nema statistički značajnih razlika: $p = 0,463$ prema Welch testu, $p = 0,435$ prema Brown-Forsythe testu. Međutim, kod ispitanika iz Slovenije rezultati su oprečni onima iz Hrvatske. Tako je u F-testu dobiven $p = 0,005$ što znači postojanje statistički značajnih razlika u stavovima između ispitanika iz Slovenije različitog radnog staža. Pomoću LSD post hoc testa je utvrđeno da postoji statistički značajna razlika u stavovima između sestara manjeg radnog staža i sestara srednjeg radnog staža ($p = 0,020$), te između sestara manjeg radnog staža i većeg radnog staža ($p = 0,002$).

Treća je analiza provedena pomoću jedanaest hi-kvadrat testova kako bi se utvrdilo postoji li povezanost znanja o starijima sa suživotom, obrazovanjem, mjestom rada, dobi ili s radnim stažem medicinskih sestara.

Rezultati izvedenih testova prezentirani su u tabeli 12.

Tabela 12: Rezultati hi-kvadrat testova (N = 284 medicinskih sestara) ¹⁹

R. b.	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Ispit. iz	Format konting. tabele	n	χ^2	df	p
1.	Znanje o starijima u 3 grupe Suživot sa starijima (da, ne)	H i S	3 x 2	284	2,124	2	0,346
2.	Znanje o starijima u 3 grupe Suživot sa starijima (da, ne)	H	3 x 2	175		2	0,687
3.	Znanje o starijima u 3 grupe Suživot sa starijima (da, ne)	S	3 x 2	109		2	0,429
4.	Znanje o starijima u 3 grupe Obrazovanje u 2 grupe	H i S	3 x 2	284	4,726	2	0,094
5.	Znanje o starijima u 3 grupe Obrazovanje u 2 grupe	H	3 x 2	175		2	0,281
6.	Znanje o starijima u 3 grupe Obrazovanje u 2 grupe	S	3 x 2	109		2	0,634
7.	Znanje o starijima u 3 grupe Mjesto rada u 2 grupe	H i S	3 x 2	284	4,380	2	0,112
8.	Znanje o starijima u 3 grupe Mjesto rada u 2 grupe	H	3 x 2	175		2	0,100
9.	Znanje o starijima u 3 grupe Mjesto rada u 2 grupe	S	3 x 2	109		2	0,558
10.	Znanje o starijima u 3 grupe Dob u 3 grupe	H i S	3 x 3	284	21,136	4	< 0,001***
11.	Znanje o starijima u 3 grupe Radni staž u 3 grupe	H i S	3 x 3	284	12,219	4	0,016*

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Na osnovu rezultata prikazanih u tabeli 12 mogu se izvesti sljedeći zaključci:

Između znanja o starijima i suživota sa starijima ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,346$). Isti ovakav zaključak vrijedi i za ispitanike iz Hrvatske ($p = 0,687$) i za ispitanike iz Slovenije ($p = 0,429$).

Između znanja o starijima i obrazovanja medicinskih sestara ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,094$). Istovjetan zaključak vrijedi i za ispitanike iz Hrvatske ($p = 0,281$) i za ispitanike iz Slovenije ($p = 0,634$).

Između znanja o starijima i mjesta rada medicinskih sestara (selo, grad) ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,112$). Potpuno isti ovakav zaključak vrijedi i za ispitanike iz Hrvatske ($p = 0,100$) i za ispitanike iz Slovenije ($p = 0,558$).

¹⁹ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1 %

H = Hrvatska, S = Slovenija

Između znanja o starijima i dobi medicinskih sestara postoji statistički značajna povezanost ($p < 0,001$). Uvidom u kontingencijsku tabelu ustanovljeno je da veće znanje ima 9 % mlađih ispitanika, 21 % ispitanika srednje dobi i 29 % starijih ispitanika. Dakle, znanje o starijima je manje kod mlađih, a veće kod starijih medicinskih sestara.

Između znanja o starijima i radnog staža medicinskih sestara postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,016$). Uvidom u kontingencijsku tabelu ustanovljeno je da veće znanje ima 16 % ispitanika manjeg staža, 25 % ispitanika srednjeg staža i 43 % ispitanika većeg radnog staža. Dakle, znanje o starijima je (očekivano) manje kod ispitanika manjeg radnog staža, a veće kod ispitanika većeg radnog staža.

Četvrta je analiza provedena pomoću trinaest hi-kvadrat testova kako bi se utvrdilo postoji li povezanost stavova o osobinama starijih sa suživotom, obrazovanjem, mjestom rada, dobi, radnim stažem ili sa znanjem medicinskih sestara o starijima. Rezultati izvedenih testova prezentirani su u tabeli 13.

Tabela 13: Rezultati hi-kvadrat testova (n = 284 medicinskih sestara) ²⁰

R b	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Ispit. za	Format konting. tabele	n	χ^2	df	p
1.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Suživot sa starijima (da, ne)	H i S	3 x 2	284	0,415	2	0,813
2.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Suživot sa starijima (da, ne)	H	3 x 2	175		2	0,294
3.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Suživot sa starijima (da, ne)	S	3 x 2	109		2	0,190
4.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Obrazovanje u 2 grupe	H i S	3 x 2	284	0,968	2	0,616
5.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Obrazovanje u 2 grupe	H	3 x 2	175		2	0,958
6.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Obrazovanje u 2 grupe	S	3 x 2	109		2	0,096
7.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Mjesto rada u 2 grupe	H i S	3 x 2	284	1,320	2	0,517
8.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Mjesto rada u 2 grupe	H	3 x 2	175		2	0,998
9.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Mjesto rada u 2 grupe	S	3 x 2	109		2	0,270
10.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Dob u 3 grupe	H i S	3 x 3	284	12,911	4	0,012*
11.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Radni staž u 3 grupe	H i S	3 x 3	284	10,921	4	0,027*
12.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Znanje o starijima u 3 grupe	H i S	3 x 3	284	25,995	4	< 0,001***
13.	Stavovi o osobin. starijih u 3 gr. Država	H i S	3 x 2	284	3,615	2	0,164

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Na osnovu rezultata u tabeli 13 može se zaključiti:

Između stavova o osobinama starijih i suživota sa starijima ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,813$). Ovaj zaključak koji vrijedi za čitav razmatrani statistički skup vrijedi i za podskup ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,294$) i iz Slovenije ($p = 0,190$).

Između stavova o osobinama starijih i obrazovanja medicinskih sestara ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,616$). Istovjetan zaključak vrijedi i za podskup ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,958$) i za podskup ispitanika iz Slovenije ($p = 0,096$).

²⁰ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1 %

H = Hrvatska, S = Slovenija

Ne postoji statistički značajna povezanost između stavova o osobinama starijih i mjesta rada medicinskih sestara ni za čitav razmatrani statistički skup ($p = 0,517$) ni za podskup ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,998$) i Slovenije ($p = 0,270$).

Između stavova o osobinama starijih i dobi ispitanika postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,012$). Ovaj zaključak može se dodatno pojasniti pomoću postotaka izračunatih na osnovu frekvencija iz kontingencijske tabele. Primjerice, jače pozitivne stavove izražava 30 % mlađih ispitanika, 18 % ispitanika srednje dobi i 35 % starijih ispitanika. Suprotno pozitivnim stavovima pretežno su negativni stavovi koje iskazuje 30 % mlađih ispitanika, 35 % ispitanika srednje dobi i samo 19 % starijih ispitanika. U cjelini se može zaključiti da najnegativnije stavove izražavaju ispitanici srednje dobi, a najpozitivnije stavove izražavaju ispitanici starije dobi.

Između stavova o osobinama starijih i radnog staža ispitanika postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,027$). Ovaj zaključak može se dodatno pojasniti pomoću postotaka izračunatih na osnovu frekvencija iz kontingencijske tabele. Primjerice, negativnije stavove izražava 34 % ispitanika manjeg radnog staža, 21 % ispitanika srednjeg radnog staža i samo 17 % ispitanika višeg radnog staža. Suprotno negativnim stavovima pretežno su pozitivni stavovi koje iskazuje 27 % ispitanika nižeg radnog staža, 26 % ispitanika srednjeg radnog staža i čak 43 % ispitanika višeg radnog staža. U cjelini se može zaključiti da lošije stavove izražavaju ispitanici nižeg radnog staža, a bolje stavove o starijima izražavaju ispitanici višeg radnog staža.

Između stavova o osobinama starijih i znanja o starijim osobama postoji statistički značajna povezanost ($p < 0,001$). Uz pomoć apsolutnih frekvencija pripadajuće kontingencijske tabele (tabela 14) mogu se izračunati relativne frekvencije koje će pokazati o kakvoj se povezanosti radi. Postocima izračunatim na osnovu tabele 14 dolazi se do zaključka da su znanje o starijima i stavovi o osobinama starijih proporcionalne veličine kod anketiranih medicinskih sestara. Naime, uz manje znanje manje je i pozitivnih stavova prema osobinama starijih, dok je uz veće znanje više pozitivnih stavova o osobinama starijih osoba.

Između stavova o osobinama starijih i država u kojima se nalaze anketirane medicinske sestre ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,164$).

Tabela 14: Anketirane medicinske sestre prema stavu o osobinama starijih i prema znanju o starijima (N = 284)

Stav prema osobinama starijih	Znanje			Ukupno
	manje	sred.	veće	
više negativan	22	47	7	76
osrednji	30	74	25	129
više pozitivan	8	39	32	79
Ukupno	60	160	64	284

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Peta analiza su testovi razlike proporcija za velike nezavisne uzorke. U tim testovima izračunavane i uspoređivane proporcije odnose se na jače pozitivne stavove o starijima od ukupnih stavova o starijima. Izvedena su četiri testa čiji su rezultati prezentirani u tabeli 15, a komentari o tome što na osnovu tih rezultata možemo zaključiti navedeni su ispod te tabele. Svi su ti testovi provedeni zbog provjeravanja istinitosti četiriju hipoteza u ovom radu.

Tabela 15: Rezultati testova usporedbe proporcija (N = 284)²¹

R b	Varijabla	Grupa ispitanika	n ₁ n ₂	Proporcija jače pozit. stavova o starijima	t ili χ^2	p
1.	Stavovi o starijim osobama	prvostupnice dipl. med. sest.	224 60	60/224 = 0,268 19/60 = 0,317	t = 0,729	0,467
2.	Stavovi o starijim osobama	iz Hrvatske iz Slovenije	175 109	54/175 = 0,309 25/109 = 0,229	t = 1,486	0,138
3	Stavovi o starijim osobama	mlađe dobi srednje dobi starije dobi	53 107 124	16/53 = 0,302 19/107 = 0,178 44/124 = 0,355	$\chi^2 = 6,620$ df = 2	0,037*
4.	Stavovi o starijim osobama	u suživotu nisu u suživotu	86 198	26/86 = 0,302 53/198 = 0,268	t = 0,591	0,555

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Zaključujemo:

Proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički se značajno ne razlikuju kod ispitanika različitog nivoa obrazovanja (p = 0,467).

²¹ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1 %

Proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički se značajno ne razlikuju kod ispitanika iz Hrvatske u odnosu na ispitanike iz Slovenije ($p = 0,138$).

Proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički se značajno razlikuju kod ispitanika različite dobi ($p = 0,037$). Najmanje pozitivnih stavova iskazuju ispitanici srednje dobi (17,8 %), a najviše ispitanici starije dobi (35,5 %).

Proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički se značajno ne razlikuju kod ispitanika koji su u suživotu sa starijima u odnosu na ispitanike koji nemaju u svom kućanstvu starijih osoba ($p = 0,555$).

Šesta analiza je bivarijatna korelacijska analiza primijenjena na nekoliko varijabli koje su kvantitativne (znanje o starijima, stavovi o osobinama starijih, radni staž, godine starosti) ili binarne (suživot sa starijima). Rezultati tih analiza navedeni su u tabeli 16.

Tabela 16: Rezultati korelacijske analize (N = 284 od čega 175 iz Hrvatske i 109 iz Slovenije) ²²

R b	Parovi varijabli	Koeficijenti korelacije		
		za sve anketirane	za anketirane iz Hrvatske	za anketirane iz Slovenije
1.	Znanje o starijima (bodovi) Stavovi o osobinama starijih (prosjeci)	$r = 0,32^{**}$ $r_s = 0,34^{**}$	$r = 0,28^{**}$ $r_s = 0,30^{**}$	$r = 0,43^{**}$ $r_s = 0,46^{**}$
2.	Znanje o starijima (bodovi) Radni staž u patron. službi (u godinama)	$r = 0,20^{**}$ $r_s = 0,20^{**}$	$r = 0,06$ $r_s = 0,06$	$r = 0,35^{**}$ $r_s = 0,36^{**}$
3.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci) Godine starosti anketiranih	$r = 0,09$ $r_s = 0,13^*$	$r = 0,02$ $r_s = 0,05$	$r = 0,27^{**}$ $r_s = 0,25^{**}$
4.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci) Suživot sa starijima (0 = ne, 1 = da)	$r_s = 0,04$	$r_s = 0,14^{**}$	$r_s = -0,13$
5.	Stavovi o osobinama starijih (prosjeci) Radni staž u patron.sluzbi (u godinama)	$r = 0,20^{**}$ $r_s = 0,20^{**}$	$r = 0,06$ $r_s = 0,06$	$r = 0,35^{**}$ $r_s = 0,36^{**}$

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Zaključci na osnovu korelacijskih koeficijenata su sljedeći:

Između znanja o starijima i stavova o osobinama starijih postoji pozitivna, slabija i statistički značajna povezanost ($r = 0,32$). Jačina te povezanosti nešto je manje izražena kod patronažnih medicinskih sestara iz Hrvatske ($r = 0,28$) u odnosu na one iz Slovenije ($r = 0,43$). To znači da ispitanici s većim znanjem o starijima iskazuju i pozitivnije stavove o starijima što je manje izraženo kod ispitanika iz Hrvatske u odnosu na ispitanike iz Slovenije.

²² * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %, r = Pearsonov koeficijent korelacije, r_s = Spearmanov koeficijent korelacije ranga

Između znanja o starijima i radnog staža medicinskih sestara u patronažnoj službi postoji pozitivna, slabija i statistički značajna povezanost ($r = 0,20$). Ta povezanost praktički ne postoji kod anketiranih osoba iz Hrvatske ($r = 0,06$), dok je kod anketiranih osoba iz Slovenije ona slabija ($0,35$), ali statistički značajna. Iz toga se može zaključiti da je kod ispitanika iz Slovenije uz veći radni staž u patronažnoj službi iskazano i veće znanje o starijima.

Između stavova o osobinama starijih i godina starosti anketiranih medicinskih sestara povezanost gotovo da ne postoji ($r = 0,09$). Ona je takva u Hrvatskoj ($r = 0,02$; $p > 0,05$), ali u Sloveniji ona ipak postoji ($r = 0,27$; $p < 0,01$).

Između stavova o starijima i suživota sa starijima korelacija je vrlo slaba ($r_s = 0,04$).

Između stavova o starijima i radnog staža korelacija je pozitivna, slabija, ali statistički značajna ($r = 0,20$; $p < 0,01$).

Sedma analiza je dvofaktorska analiza varijance (ANOVA) kojoj je svrha da potvrdi neke naprijed utvrđene povezanosti varijabli. U tu su analizu uključene sljedeće varijable:

stav o osobinama starijih	=	zavisna kvantitativna varijabla
dob anketiranih (u 3 grupe)	=	prva nezavisna kategorijalna varijabla
država anketiranih	=	druga nezavisna kategorijalna varijabla

Prema tome, ovom analizom treba utvrditi:

- postoji li utjecaj dobi anketiranih na stavove o osobinama starijih
- postoji li utjecaj države anketiranih na stavove o osobinama starijih
- postoji li interakcija dobi i porijekla anketiranih.

U tabeli 17 navedene su aritmetičke sredine stavova o osobinama starijih, dok je tabela 18 ANOVA tabela pa sadrži standardne veličine.

Tabela 17: Prosječne vrijednosti stavova o osobinama starijih kod anketiranih medicinskih sestara s obzirom na njihovu dob i s obzirom na njihovo porijeklo (državu) (N = 284)

Dob	Hrvatska	Slovenija	Ukupno
manja	3,32	3,02	3,25
srednja	3,21	3,09	3,16
veća	3,30	3,35	3,32
Ukupno	3,27	3,20	3,24

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Tabela 18: Rezultati analize varijance (ANOVA) za stavove o osobinama starijih kao zavisnom kvantitativnom varijablom (N = 284) ²³

Varijabla	Suma kvadrata	df	Sredine kvadrata	F	p
dob	1,848	2	0,924	5,188	0,006**
država	0,768	1	0,768	4,311	0,099
dob * država	1,002	2	0,501	2,813	0,062

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Rezultati navedeni u tabeli 18 upućuju na tri zaključka:

Postoji statistički značajan utjecaj dobi anketiranih na stavove o osobinama starijih (zanemarujući državu porijekla anketiranih). Pozitivnije stavove o osobinama starijih imaju medicinske sestre veće starosti ($3,25 > 3,16 < 3,32$). Utvrđena razlika je statistički značajna ($p < 0,006$).

Ne postoji statistički značajan utjecaj države porijekla medicinskih sestara na stavove o osobinama starijih osoba (zanemarujući dob). Medicinske sestre iz Hrvatske imaju pozitivnije stavove o osobinama starijih u odnosu na medicinske sestre iz Slovenije ($3,27 > 3,20$). No, razlika stavova o osobinama starijih između ovih dviju država porijekla medicinskih sestara nije statistički značajna ($p = 0,099$).

Ne postoji statistički značajna interakcija između dobi i države porijekla medicinskih sestara na njihove stavove o osobinama starijih osoba ($p = 0,062$).

3.4.3 Multivarijantne metode statističke analize

U sklopu multivarijantne statističke analize podataka provedena je klaster analiza.

Kad imamo skup jedinica promatranja (ovdje su to patronažne medicinske sestre) opisan s nekoliko varijabli, možemo postaviti pitanje postoji li pravilo po kojem se jedinice tog skupa (anketirane medicinske sestre) grupiraju u određene segmente. Klaster analiza je grupa multivarijantnih tehnika čiji je cilj klasificiranje (segmentiranje, klasteriranje) ispitanika u relativno homogene skupine (segmente, profile, grupe, klaster): tako da svaka grupa predstavlja homogen skup (jedinice u grupi su međusobno slične); tako da se svaka grupa razlikuje od ostalih grupa (jedinice iz različitih grupa se znatno razlikuju).

²³ * statistička značajnost do 5 %; ** statistička značajnost do 1 %; *** statistička značajnost do 0,1 %.

Klaster analiza je klasificiranje jedinica promatranja (patronažnih medicinskih sestara) u skupine, klastere. Svaka medicinska sestra pripada isključivo jednoj od grupa, jednom klasteru.

Metodom nehijerarhijskog klasteriranja (*k-Means Cluster*), kroz 9 iteracija, skupina od 284 patronažnih medicinskih sestara raščlanjena je u tri podskupine, tri klastera. Osnovu za grupiranje medicinskih sestara činile su četiri odabrane varijable (sve omjerne, ali za potrebe ove analize su korištene ordinalne varijable formirane iz tih omjernih), koje su navedene u tabeli 19. Podjela na tri klastera navedena je u tabeli 20 (svaki klaster obuhvaća približno trećinu anketiranih osoba), a grafički je prikazana grafikonom 4.

Tabela 19: Varijable korištene za klasteriranje medicinskih sestara i konačni klaster centri (kao diskontinuirane vrijednosti) pojedinih klastera (N = 284)

R. b.	Varijable korištene kod klasteriranja	Vrsta varijable	Kl.1	Kl.2	Kl.3
1.	Bodovi za znanje u 3 grupe (1 = manji, 2 = srednji, 3 = veći)	ordinalna	3	2	2
2.	Stavovi u 3 grupe (1 = pretežno negativni, 2 = pretežno pozitivni, 3 = jače pozitivni)	ordinalna	3	2	2
3.	Dob u 3 grupe (1 = mlađa, 2 = srednja, 3 = starija)	ordinalna	3	3	1
4.	Radni staž u patron. službi u 3 grupe (1 = manji, 2 = srednji, 3 = veći)	ordinalna	2	2	1

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Moguće je provjeriti koliko uspješno ovi centri separiraju pojedine klastere međusobno na pojedinim varijablama. Od više metoda provjere korištena je analiza varijance između klastera po svakoj varijabli, čime ispitujeemo omjer varijance između klastera i unutar klastera. Analiza varijance za svaku od varijabli korištenih kod klasteriranja dala je **p < 0,001** pa je:

bodovi za znanje $F = 99,566 \quad p < 0,001$

stavovi o osobinama starijih $F = 101,708 \quad p < 0,001$

dob anketiranih $F = 150,951 \quad p < 0,001$

radni staž u patronažnoj službi $F = 132,584 \quad p < 0,001$

Prema tome, razlike između klastera su statistički visoko značajne za svaku pojedinu od četiri varijable korištene kod klasteriranja. Dakle, postupak klasterizacije medicinskih

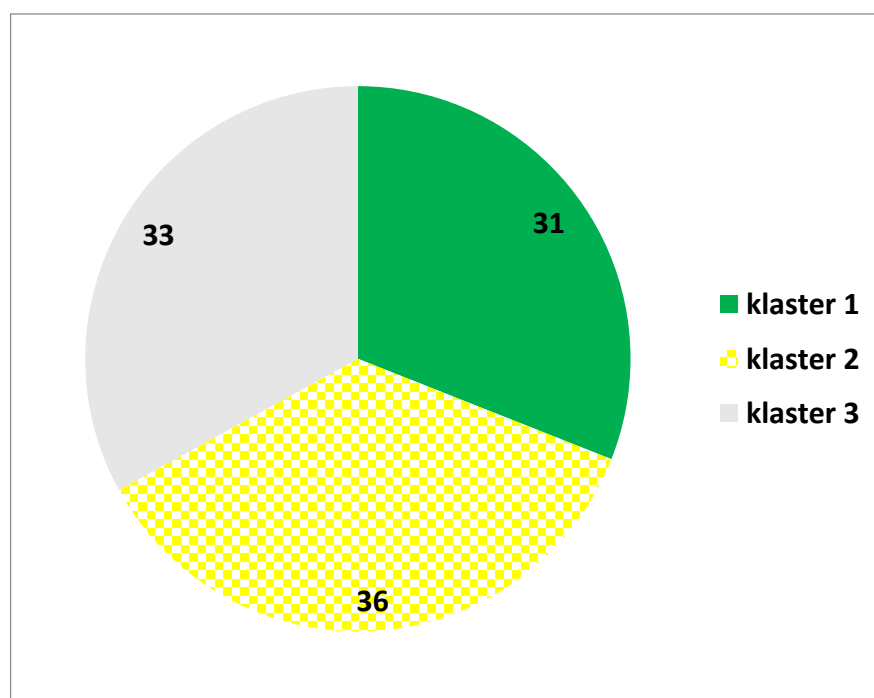
sestara **uspješno je proveo njihovu homogenizaciju** na temelju multidimenzionalnog načela, tj. na temelju relevantnih varijabli.

Tabela 20: Podjela medicinskih sestara na klasterne na osnovu izabrane četiri varijable

Klasteri	Broj sestara	% sestara
1	89	31
2	100	36
3	95	33
Ukupno	284	100

Izvor: Anketni upitnik 2019.

Grafikon 4: Grafički prikaz postotka medicinskih sestara u pojedinim klasterima (N = 284)



Izvor: Anketni upitnik 2019.

Tipična patronažna medicinska sestra osrednjeg je znanja o starijim osobama (29 – 33 boda), pretežno je pozitivnih stavova o starijim osobama (2,95 – 3,49), starije je dobi (50 – 64 godine) i srednjeg radnog staža (11 – 30 godina) u patronažnoj službi. Ovakav opis treba usporediti s opisom medicinskih sestara u pojedinim klasterima. Pomoću kontingencijskih tabela u kojima je stavljen u odnos broj klastera i pojedina od četiri klasterizirane varijable mogu se opisati karakteristike pojedinih klastera:

Klaster 1 ima 31 % medicinskih sestara koje se od drugih klastera razlikuju po sljedećim karakteristikama: one imaju pretežno veće znanje o starijim osobama, one imaju jače pozitivne stavove o osobinama starijih osoba, one su srednje ili starije dobi i imaju pretežno osrednji radni staž u patronažnoj službi.

Klaster 2 obuhvaća 36 % medicinskih sestara koje su pretežno osrednjeg znanja o starijim osobama, pretežno pozitivnih stavova o starijim osobama, srednje ili starije dobi i isključivo srednjeg radnog staža.

Klaster 3 obuhvaća 33 % medicinskih sestara koje su pretežno osrednjeg znanja o starijim osobama, koje imaju negativne ili imaju pretežno pozitivne stavove o starijim osobama, koje su mlađe ili srednje dobi i koje su isključivo manjeg radnog staža.

Stoga bi medicinskim sestrama obuhvaćenim u pojedinim klasterima mogli dodijeliti sljedeće kraće nazive:

klaster 1: sestre s većim znanjem i pozitivnijim stavovima o starijim osobama

klaster 2: sestre osrednjeg znanja i stavova o starijim osobama

klaster 3: mlađe sestre osrednjeg znanja i s manjim radnim stažem.

3.4.4 Zaključci u vezi s hipotezama

U ovom su radu postavljene četiri hipoteze. U nastavku su iznesene te hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

Prva hipoteza je glasila: „Medicinske sestre koje imaju više edukacije iz područja skrbi za starije osobe imaju i pozitivnije stavove prema starijim osobama“. Dokazi da ta hipoteza nije točna su sljedeći:

Pomoću t-testa razlike aritmetičkih sredina utvrđeno je da se stavovi o osobinama starijih osoba statistički značajno ne razlikuju kod patronažnih medicinskih sestara prvostupnica u odnosu na diplomirane medicinske sestre ($p = 0,981$) kako je navedeno u tabeli 10 pod rednim brojem 5. Isti zaključak je dobiven i na podskupu ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,659$), kao i na podskupu ispitanika iz Slovenije ($p = 0,413$) kako je navedeno u istoj tabeli pod rednim brojevima 6 i 7.

Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da između stavova o osobinama starijih i obrazovanja medicinskih sestara ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,616$) kako je navedeno u tabeli 13 pod rednim brojem 4, a istovjetan zaključak vrijedi i za podskup ispitanika iz Hrvatske ($p = 0,958$) i za podskup ispitanika iz Slovenije ($p = 0,096$).

Pomoću t-testa razlike proporcija utvrđeno je (tabela 15, redni broj 1) da se proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika različitog nivoa obrazovanja ($p = 0,467$).

Prema tome, može se nedvosmisleno zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

Druga hipoteza je glasila: „Postoji statistički značajna razlika među stavovima o starijim osobama između medicinskih sestara iz Hrvatske i Slovenije, koja je najvjerojatnije uzrokovana različitom edukacijom na području skrbi o starijim osobama.“ Argumenti u vezi s ovom tvrdnjom su sljedeći:

Pomoću t-testa je utvrđeno (tabela 10, redni broj 1) da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema starijima kod medicinskih sestara iz različitih država. Medicinske sestre iz Hrvatske imaju nešto pozitivniji stav od medicinskih sestara iz Slovenije ($3,27 > 3,20$), ali je ta razlika slučajna.

Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji povezanost između stavova o osobinama starijih i država porijekla patronažnih medicinskih sestara ($p = 0,164$) kako je navedeno u tabeli 13 pod rednim brojem 13.

Pomoću t-testa razlike proporcija (tabela 15, redni broj 2) utvrđeno je da se proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika iz Hrvatske u odnosu na ispitanike iz Slovenije ($p = 0,138$).

Pomoću jednofaktorske analize varijance (tabela 18) utvrđeno je da ne postoji statistički značajan utjecaj države porijekla medicinskih sestara na stavove o osobinama starijih osoba (zanemarujući dob). Medicinske sestre iz Hrvatske imaju pozitivnije stavove o osobinama starijih u odnosu na medicinske sestre iz Slovenije ($3,27 > 3,20$). No, razlika stavova o osobinama starijih između ovih dviju država porijekla medicinskih sestara nije statistički značajna ($p = 0,099$).

Prema tome, treba zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

Treća hipoteza je glasila: „Dob ispitanika ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama“. U vezi s tom tvrdnjom u tekstu su iznesene sljedeće konstatacije:

Pomoću F-testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u stavovima između medicinskih sestara različite dobi ($p = 0,016$), kako je navedeno u tabeli 11 pod rednim brojem 3.

Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost između dobi medicinskih sestara i njihovih stavova prema starijima ($p = 0,012$) kako je navedeno u tabeli 13 pod rednim brojem 10.

Pomoću t-testa razlike proporcija (tabela 15, redni broj 3) utvrđeno je da se proporcija jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno razlikuju kod ispitanika različite dobi ($p = 0,037$). Najmanje pozitivnih stavova iskazuju ispitanici srednje dobi, a najviše ispitanici starije dobi.

Korelacijskom je analizom utvrđeno (tabela 16, redni broj 3) da ne postoji povezanost između stavova o starijima i dobi za sve anketirane ispitanike (slaba korelacija koja nije statistički značajna) osim za one iz Slovenije ($r = 0,27$ $p < 0,01$).

Jednofaktorskom analizom varijance (tabela 18) utvrđeno je da postoji statistički značajan utjecaj dobi anketiranih na stavove o osobinama starijih (zanemarujući državu porijekla anketiranih). Pozitivnije stavove o osobinama starijih imaju medicinske sestre veće starosti. Utvrđena razlika je statistički značajna ($p < 0,006$).

Prema tome, treba zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita.

Četvrta hipoteza je glasila: „Život u kućanstvu sa starijom osobom ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama“. U vezi s tom tvrdnjom u tekstu su iznesene sljedeće konstatacije:

Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna povezanost između suživota/nesuživota anketiranih medicinskih sestara i njihovih stavova prema starijima ($p = 0,813$) ni za ispitanike iz Hrvatske ($p = 0,294$) ni za ispitanike iz Slovenije ($p = 0,190$), kako je navedeno u tabeli 13 pod rednim brojevima 1, 2 i 3.

Pomoću t-testa razlike proporcija (tabela 15, redni broj 4) utvrđeno je da se proporcija jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika koji su u suživotu sa starijima i onih koji nisu u suživotu ($p = 0,555$).

Korelacijskom je analizom utvrđeno (tabela 16, redni broj 4) da ne postoji povezanost između stavova o starijima i suživota za sve anketirane ispitanike (vrlo slaba korelacija koja nije statistički značajna, $r_s = 0,04$).

Prema tome, treba zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

3.5 Rasprava

U istraživanju znanja i stavova patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama sudjelovalo je 284 patronažnih medicinskih sestara i to 175 iz Hrvatske i 109 iz Slovenije. To čini 21,4 % ukupnog broja patronažnih medicinskih sestara sa završenim studijem sestrinstva na prvom ili drugom bolonjskom stupnju unutar Hrvatske, te također 21,4 % unutar Slovenije. S obzirom na to da je u toj profesiji mnogo više žena nego muškaraca, u istraživanju su sudjelovala samo dva ispitanika muškog spola te se nije radila analiza rezultata po spolu. Nadalje, u tekstu će se govoriti o patronažnim medicinskim sestrama, uključujući u to i dva tehničara. Patronažne medicinske sestre anketirane su na području Republike Hrvatske i Republike Slovenije kako bi se dobio uvid u eventualne razlike u rezultatima unutar te dvije države. Od ukupno 284 patronažne medicinske sestre njih 79 % ima završen prvi bolonjski stupanj edukacije (prvostupnik sestrinstva/diplomirana medicinska sestra), a 21 % drugi bolonjski stupanj edukacije za medicinske sestre (diplomirana medicinska sestra/magistra sestrinstva). Istraživanju se odazvalo najviše patronažnih medicinskih sestara u dobi od 50 do 64 godine (44 %), a najmanje onih u dobi od 20 do 34 godine (18 %). Radni staž patronažnih medicinskih sestara koje su se odazvale na istraživanje varirao je između jedne i četrdeset i jedne godine ukupnog radnog staža s prosječnom vrijednošću od 24,8 godina. Radni staž koji su provele u patronažnoj službi također je varirao između jedne i četrdeset i jedne godine s prosječnom vrijednošću od 14,3 godine radnog staža. Od ukupnog broja ispitanica njih 128 ima manji radni staž u trajanju od jedne do deset godina, njih 133 ima srednji radni staž u trajanju od jedanaest do trideset godina i njih 23 ima veći radni staž od trideset i jedne do četrdeset i jedne godine. Većina patronažnih medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju, više od pola svog radnog vijeka radi u patronažnoj službi. Od ukupnog broja ispitanica njih svega 30 % živi u kući sa starijom osobom. Na svom radnom mjestu čak 93 % ispitanica dolazi svakodnevno u kontakt sa starijim osobama, a preostalih 7 % barem tri puta tjedno, što isto ukazuje na potrebu promjene edukacije patronažnih medicinskih sestara u smislu dodavanja gerontoloških sadržaja u programe studija sestrinstva.

3.5.1 Odnos edukacije i stavova patronažnih medicinskih sestara prema starijim osobama

Prva postavljena hipoteza u radu vezana je za edukaciju patronažnih medicinskih sestara i glasi: „Medicinske sestre koje imaju više edukacije iz područja skrbi za starije osobe imaju

i pozitivnije stavove prema starijim osobama.“ U ovom radu ta hipoteza nije potvrđena. Naime, analiziranjem odgovora ispitanika i testiranjem hipoteze pomoću t-testa razlike aritmetičkih sredina utvrđeno je da se stavovi o osobinama starijih osoba statistički značajno ne razlikuju kod patronažnih medicinskih sestara prvostupnica u odnosu na diplomirane medicinske sestre, čak i kada se radi o podskupu patronažnih medicinskih sestara iz Hrvatske ili iz Slovenije. Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da između stavova o osobinama starijih i obrazovanja medicinskih sestara također ne postoji statistički značajna povezanost. To vrijedi posebno za patronažne medicinske sestre iz Hrvatske i iz Slovenije. Pomoću t-testa razlike proporcija utvrđeno je da se proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika različite razine obrazovanja. Potrebno je napomenuti da se pod edukacijom misli na formalnu edukaciju, prvi ili drugi bolonjski stupanj studija za medicinske sestre, a ne na dodatne edukacije koje patronažne medicinske sestre polaze u sklopu programa trajnog usavršavanja Hrvatske komore medicinskih sestara ili u Sloveniji edukacijom u organizaciji *Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društva medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, te putem kongresa ili simpozija na temu skrbi za starije osobe. Ni istraživanja drugih autora na temu edukacije medicinskih sestara i njenog utjecaja na stavove prema starijim osobama nisu dala istoznačne rezultate. Istraživanje Allan i Johnson iz 2009. godine pokazalo je da znanje stečeno edukacijom nije presudan čimbenik u formiranju stavova prema starijim osobama (Allan i Johnson 2009, 11). To nije jedino istraživanje u kojem su autori došli do zaključka da znanje nema značajniji utjecaj na stavove prema starijim osobama, odnosno da znanje nije presudan čimbenik za razvoj pozitivnih stavova prema starijim osobama (Courtney i sur. 2000, 64). Iako, Palmore (1981) izrazito naglašava da upravo nedostatak znanja dovodi do negativnih stavova prema starijim osobama (Palmore 1981, 435). Najviše istraživanja usmjerenih na utjecaj edukacije na stavove prema starijim osobama rađeno je sa studentima sestrištva ili nekih drugih zanimanja vezano za medicinsku skrb za starije osobe. Kod njih je proces edukacije u tijeku i moguće je dodavati nove sadržaje u edukacijski proces, a i dostupni su određeno vrijeme studiranja i za longitudinalne studije u kojima je moguće pratiti njihov napredak. Tako Anguillo i suradnici (2006) uz redovne kolegije koje studenti imaju uvode i dodatnu edukaciju s gerontološkim sadržajima koja se uz to odvija u kliničkim uvjetima te testiraju znanje i stavove studenata koji su pohađali dodatne tečajeve i onih koje nisu. Rezultati ukazuju na to da se povećalo znanje studenata koji su pohađali dodatne tečajeve i da oni imaju i pozitivniji stav prema starijim osobama (Anguillo i sur. 2006, 493). Gonzales i suradnici također uključuju neformalni kontakt sa starijim osobama za studente

medicine kao pokušaj razvoja pozitivnih stavova studenata prema starijim osobama i rezultati pokazuju da takav kontakt ima pozitivan učinak (Gonzales i sur. 2010, 231). Teoriju da edukacija ima utjecaj na stavove prema starijim osobama moguće je testirati i uvođenjem promjena kurikuluma studija sestrinstva da bismo utvrdili kakav će utjecaj imati na razvoj stavova studenata prema stariji osobama. Ferrario i suradnici (2008) promijenili su kurikulum studija sestrinstva na način da su stavili naglasak na sadržaje koji opisuju normalne promjene u starenju, a ne na one koje govore isključivo o bolestima koje se javljaju u starijoj životnoj dobi. Studenti su vježbe provodili kod medicinskih sestara specijaliziranih za starije osobe, provodili su više vremena u kontaktu sa zdravim starijim osobama i u zajednici sa starijim osobama koje žive same i funkcionalno su potpuno sposobne za samostalan i aktivan život. Naravno, rezultati istraživanja su pokazali da studenti koji su prošli edukaciju prema tom kurikulumu imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama, nego studenti koji ga nisu prošli (Ferrario i sur. 2008, 56–57). Pristup opisan u tom istraživanju stavio je naglasak na edukaciju o zdravom starenju. Na taj način izbjegava se stereotip o starijim osobama kao bolesnim, slabim, ovisnima o tuđoj pomoći, a kroz neformalni kontakt ispunjavaju se uvjeti za kvalitetan kontakt kako ga opisuje Allport: zajednički ciljevi u provođenju nekih aktivnosti, ravnopravnost članova grupe i međuovisnost članova grupe (svi uče jedni od drugih). U velikom broju istraživanja naglašava se da je tek drugačiji pristup u edukaciji iz područja gerontologije doveo do promjene stavova studenata od negativnih do pozitivnih, a ne edukacija i testiranje znanja kao takvo. Takva vrsta edukacije nije bila dio uobičajenog kurikuluma koji se provodio u navedenim obrazovnim ustanovama, nego niz dodatnih edukacija usmjerenih specifično na gerontološke sadržaje (Lally i Crome 2007; Cozort 2008; Ferrario i sur. 2008; Rodgers i Gilmour 2011; Baumbusch i sur. 2012; Bleijenberg i sur. 2012; Fisher i Walker 2013; King i sur. 2013; Mandville-Anstey i sur. 2014; Hovey i sur. 2017; Abudu-Birresborn i sur. 2019; Chai i sur. 2019). To je ujedno i otežavajuća okolnost za uvođenje takvih sadržaja u redovnu edukaciju jer dodatno opterećuje ionako pretrpanu satnicu studija sestrinstva te je upitno koliko ta činjenica može odvratiti studente od tih sadržaja. Dio istraživanja pokazuje da usprkos nedovoljnom znanju o starenju i starijim osobama, studenti imaju pozitivan stav prema starijim osobama te to dodatno isključuje edukaciju kao prediktivni čimbenik za formiranje stavova (Eltantawy 2013, 134; Demir i sur. 2016, 906; Hsu i sur. 2019, 89). Osim edukacije, kulturološko okruženje ima utjecaj na stavove studenata prema starijim osobama pa je u istočnim zemljama, gdje je poštovanje starijih osoba kulturološki usađeno, stav mladih ljudi prema starijim osobama uvijek pozitivan (Hsu i sur. 2019, 88). Iako De Guzman

i suradnici (2013) tvrde da je edukacija studenata sestrinstva o starenju i starijim osobama presudna u formiranju pozitivnih stavova, dopuštaju i mogućnost kulturoloških utjecaja usađenih odgojem jer je njihovo istraživanje rađeno na Filipinima, a u istočnjačkoj filozofiji su starije osobe bile cijenjene i poštovane (De Guzman i sur. 2013, 150). Slične rezultate iznijeli su i Zhang i suradnici (2016) koji su došli do zaključka da studenti sestrinstva u Kini uvijek imaju pozitivne stavove prema starijim osobama jer su tako odgajani, a isto tako će i bez problema prihvatiti posao njege starije osobe (Zhang i sur. 2016, 31). Svejedno, u literaturi se naglašava potreba za boljom i sveobuhvatnijom edukacijom medicinskih sestara na području zdravstvene njege starijih osoba jer je njihovo znanje o procesima do kojih dolazi uslijed starenja nedostatno te može dovesti do nepružanja adekvatne pomoći starijoj osobi (Deasey i sur. 2014, 235; Demir i sur. 2016, 905). Isti autori navode da bi naglasak u edukaciji trebalo staviti na tzv. „aktivno starenje“, odnosno promjene koje nastupaju u organizmu uslijed procesa zdravog starenja. U našem istraživanju anketirane su medicinske sestre koje su već završile svoje formalno školovanje i daljnja edukacija i učenje novih sadržaja ovisi uglavnom samo o njima i njihovim preferencijama. Istraživanjem edukacije medicinskih sestara u Hrvatskoj i u Sloveniji došli smo do saznanja da se edukacija na području gerontologije, odnosno njege starijih osoba razlikuje u te dvije države. Općenito, edukacija medicinskih sestara na prvom bolonjskom stupnju diljem Europe je dosta ujednačena. Međutim, postoje i razlike u trajanju i nekim sadržajima. Svako Sveučilište ili Veleučilište može prilagođavati određeni udio sadržaja svojim potrebama te u tom dijelu postoje razlike u programima studija sestrinstva. Ako uzmemo u obzir samo Hrvatsku i Sloveniju u kojima je rađeno istraživanje, zanimala nas je zastupljenost gerijatrijskih sadržaja tijekom školovanja medicinskih sestara i ima li to utjecaj na stavove prema starijim osobama. Pretpostavka je bila da će se razlika u edukaciji pokazati i kao razlika u stavovima prema starijim osobama između medicinskih sestara iz Hrvatske i onih iz Slovenije. Kada govorimo o znanju i njegovom utjecaju na stavove, tu se u prvom redu misli na poništavanje stereotipnih stavova prema starijim osobama. Ako pogledamo prilagođenu verziju Palmorovog *Facts on Aging Quiza* i njegove rezultate, postoje značajni pokazatelji da među patronažnim medicinskim sestrama ima veliki dio onih koje podržavaju stereotipe prema starijim osobama. Primjerice, samo 20 % ispitanica je odgovorilo točno na pitanje o seksualnosti starijih osoba, odnosno mišljenja su da svim starijim osobama pada interes i kapacitet za održavanje seksualnih odnosa. Taj podatak zabrinjava zbog toga što je seksualnost jedna od osnovnih ljudskih potreba. Ako mislimo da je normalno da seksualnost i sve vezano za nju ne postoji u određenoj dobi, ostaje pitanje kako ćemo osobi dati savjet u

vezi s time i pomoći joj kada se pojave problemi. To može voditi i dalje do predrasude da starije žene koje više nisu seksualno aktivne ne moraju ići na redovne ginekološke preglede, što posljedično može dovesti do kasnog otkrivanja, primjerice, malignih bolesti genitalnog trakta ili da stariji muškarci ne moraju na preglede kod stručnjaka kada se jave problemi na području seksualnog funkcioniranja. Epidemiološki podatci pokazuju da se u oko 4 % starijih žena u postmenopauzalnom periodu javlja karcinom vulve koji se vrlo lako otkrije vaginalnim pregledom, ali ako žena ne dolazi na godišnje ginekološke preglede velika je vjerojatnost da se neće na vrijeme prepoznati (Carter i Downs 2012, 226). Seksualnost je važna starijim osobama, ali zbog stava društva, neugode, negativnih stavova prema temi seksualnosti u starijoj životnoj dobi o tome ne vole razgovarati (Bauer i sur. 2015, 1247). S druge strane, nametanje teme seksualnosti od primjerice strane medija koji forsiraju seksualnost u svakoj životnoj dobi bez sagledavanja individualnih razlika, može se također nazvati ageizmom (Gewirtz-Meydan i sur. 2018a, 150). Rijetka istraživanja provedena na temu seksualnosti starijih osoba pokazala su da je seksualnost važna starijim osobama, ali ne žele razgovarati o njoj sa zdravstvenim profesionalcima koji će se rijetko sjetiti pitati ih o toj temi, tako da je tema seksualnosti kod starijih osoba zapravo zapostavljena. Istraživanje Gewirtz – Meydan i suradnika iz 2018. godine pokazalo je da je ageizam kod mladih ljudi povezan s konzervativnijim stavovima prema seksualnosti starijih osoba. Istovremeno, konzervativni stavovi su negativno povezani sa znanjem o seksualnosti starijih osoba. Prethodna edukacija o seksualnosti pokazala se kao dobar put prema manje rigidnim stavovima prema seksualnosti starijih osoba uz veće znanje, a kontakt sa starijim osobama te dobar odnos s bakama i djedovima također rezultira popustljivim i manje ageističnim stavovima. Pri tome žene imaju manje ageističke stavove, ali konzervativnije stavove prema seksualnosti starijih osoba, dok je za smanjenje predrasuda o seksualnosti starijih osoba najvažnije da se skine tabu s teme seksualnosti (Gewirtz – Meydan i sur. 2018b, 386). I Hesler i suradnici (2016) utvrdili su da je seksualnost u poznijim godinama još uvijek tabu-tema. Iako znaju da je seksualnost važna za kvalitetu života i zdravstveni profesionalci često imaju predrasude i negativan stav prema toj temi ili je posve ignoriraju. Svi autori koji su radili istraživanja na tu temu slažu se da je potrebno prilagoditi edukaciju zdravstvenih profesionalaca da bi se izbjegle predrasude o ovoj temi i da bi se mogla pružiti adekvatna pomoć starijim osobama kada im je potrebna (Haesler i sur. 2016, 70). U konačnici, to je pokazalo i ovo istraživanje. Osim seksualnosti, u ovom istraživanju detektirano je još nekoliko spornih pitanja, a rezultat su znanja, odnosno neznanja o starosti i starijim osobama. Tvrdnja da se starije osobe teže prilagođavaju prilikom preseljenja na novu lokaciju također

je dobila mnogo netočnih odgovora patronažnih sestara koje su sudjelovale u istraživanju. Naime, većina njih smatra da starije osobe teže prihvaćaju promjenu preseljenja, nego mlađi ljudi. Istraživanja provedena na tu temu su prilično kontradiktorna, ali postoje dokazi da dob nije povezana sa sposobnošću prilagodbe. Granbom i suradnici (2016) su u svojem istraživanju došli do zaključka da starije osobe mijenjaju mjesto boravka kada okoliš u mjestu stanovanja više ne zadovoljava njihove funkcionalne sposobnosti te u novom okruženju očekuju prilagođeno okružje koje im može pružiti više sigurnosti (Granbom i sur. 2016, 5). Naravno, govorimo o zdravim starijim osobama jer je isto tako dokazano da promjena mjesta stanovanja za osobe koje boluju od nekih neuropsihijatrijskih sindroma, prvenstveno od demencije, može negativno utjecati na njihov kognitivni status (El Haddad i sur. 2018, 2186). Wu i suradnici govore o preseljenju zbog pada funkcionalne sposobnosti kako bi se starijim osobama koje se više nisu u stanju brinuti same za sebe omogućio kvalitetniji život (Wu i sur. 2015, 486). Postavlja se pitanje je li funkcionalna sposobnost starije osobe pala nakon dolaska u dom za starije osobe ili je već značajno narušena funkcionalna sposobnost zapravo razlog preseljenja u dom. Novi modeli skrbi za starije osobe zagovaraju starenje u mjestu stanovanja, odnosno u kući starije osobe. Međutim, takav model skrbi za starije osobe je jako podržan od strane korisnika, ali izaziva zabrinutost kod stručnjaka zbog velikog broja starijih osoba koje nemaju obitelji, susjede ili nekog drugog tko bi mogao postati neformalni njegovatelj koji bi mogao podržavati takav vid skrbi, a izvaninstitucijski resursi nisu dovoljno razvijeni da bi mogli opskrbiti rastući broj starijih osoba (Dobner i sur. 2016, 199). Model skrbi u kući starije osobe zahtijeva dobro organizirane službe u zajednici koje su podrška starijoj osobi i neformalnim njegovateljima kod kuće. Zdravstvene službe bi trebale biti podrška samozbrinjavanju starije osobe, a prema individualnim potrebama starije osobe trebali bi se uključivati i zdravstveni profesionalci. Za starije osobe je jako važna pravodobna informacija o tome gdje i kako mogu doći do određenih službi ili usluga te se u sklopu programa starenja kod kuće razmatraju servisi dostave informacija. Pomoć u kriznim situacijama je isto problem u takvom obliku skrbi, a i financijska podrška se javlja kao kritična točka. Nadalje, važan aspekt starenja kod kuće je održavanje zadovoljavajuće razine fizičke i mentalne aktivnosti, osiguravanje društva barem u vidu člana obitelji, volontera ili barem kućnog ljubimca, u slučaju osobe koja živi sama osiguravanje transportnih mogućnosti i na kraju omogućavanje sigurnog okruženja u domu kako bi se izbjegle ozljede starije osobe (Grimmer i sur. 2015, 1808). U tom modelu skrbi bi patronažne sestre s adekvatnom edukacijom, baziranom na teoretskoj nastavi, ali i na mnogo praktičnih kontakata sa starijim osobama, koja bi rezultirala znanjem o starijim

osobama mogle odigrati presudnu ulogu. Takvom modelu su i sklone starije osobe jer ne moraju odlaziti iz svog doma bez obzira na svoje zdravstveno stanje. Jedna od tvrdnji na koje je većina ispitanica dala netočan odgovor je tvrdnja da starije osobe svoje zdravlje većinom ocjenjuju dobrim ili jako dobrim. Ta tvrdnja je točna, ali je svega 14 % ispitanica točno odgovorilo. Jedna od jako čestih predrasuda o starijim osobama je da su sve starije osobe bolesne i nemoćne te da smatraju da je njihovo zdravlje loše. Naprotiv, istraživanja su pokazala da danas većina osoba starijih od 65 godina smatra svoje zdravlje dobrim, iako dvije trećine osoba u Europi koje ulaze u mirovinu ima barem dvije kronične bolesti (Global Coalition on Aging 2018, 10). Stereotip kako sve starije osobe smatraju svoje zdravlje lošim i kako sve starije osobe jesu lošeg zdravlja rezultira poopćavanjem zdravstvenih simptoma kod starijih osoba te uskraćivanjem pravodobne pomoći u akutnim stanjima koja se mogu riješiti ili zanemarivanjem zdravstvenih potreba starijih osoba (Hanson 2014, 225). Kako to da starije osobe u većini smatraju svoje zdravlje dobrim, a statistički pokazatelji nam govore da većina njih ima neku kroničnu bolest? Danas je, umjesto zdravog starenja, popularniji termin „uspješno starenje“, a većina zdravstvenih radnika na starenje gleda kroz biomedicinski model. Međutim, koncept uspješnog starenja se ne oslanja toliko na biomedicinski model koliko na neke druge odrednice kao što su optimizam, pozitivan stav, fleksibilnost, uspješno suočavanje s poteškoćama, samopoštovanje i gerotranscedencija (Carver i Buchanan 2016, 1625). Malo točnih odgovora na tvrdnju da starije osobe svoje zdravlje ocjenjuju dobrim možemo shvatiti dvojako. Sve ispitanice imaju gotovo svakodnevno u skrbi starije osobe. Budući da su u većini i odgovorile kako ne smatraju da starije osobe svoje zdravlje ocjenjuju dobrim, to može značiti da su osobe koje imaju u skrbi uistinu bolesne, odnosno da patronažne sestre posjećuju samo bolesne starije osobe ili one koje svoje zdravlje ne ocjenjuju dobrim. S obzirom na to da je u populaciji koju patronažne sestre obilaze puno starijih osoba, a svaka patronažna medicinska sestra u Hrvatskoj u skrbi ima 5100 pacijenata, što je veliki broj, postoji mogućnost da one uopće ne obilaze one starije osobe koje nemaju zdravstvenih problema, odnosno one koje svoje zdravlje ocjenjuju dobrim. Perušek i suradnici (2013) u svojem istraživanju o komunikaciji patronažnih medicinskih sestara i starijih osoba također navode da mali broj patronažnih medicinskih sestara održava kvalitetnu komunikaciju sa starijom osobom, a i da se skrb patronažnih medicinskih sestara umjesto ranijeg preventivnog djelovanja danas promijenila u smjeru kurativne skrbi i usmjerena je liječenju i rehabilitaciji akutnih bolesnih stanja po dolasku iz zdravstvene ustanove, odnosno nastavku bolničkog liječenja kod kuće (Perušek i sur. 2013, 258). Ako zanemarimo stupanj edukacije, u ovom istraživanju došlo se do rezultata da

znanje o starijim osobama koje je procijenjeno Palmorovim *Fact on Aging Quizom*, rezultira pozitivnijim stavovima prema starijim osobama. Znanje u ovom slučaju ne mora biti vezano za stupanj edukacije jer ne postoji uniformna edukacija svih patronažnih medicinskih sestara u obje države, ali je vezano za dob patronažnih medicinskih sestara što se vidi u poglavlju 3.5.3.

3.5.2 Razlika između sudionika iz različitih država u stavovima prema starijim osobama

Druga postavljena hipoteza glasila je: „Postoji razlika među stavovima o starijim osobama između medicinskih sestara iz Hrvatske i iz Slovenije, koja je najvjerojatnije uzrokovana različitom edukacijom na području skrbi o starijim osobama.“ Navedena hipoteza testirana je pomoću nekoliko testova. Pomoću t-testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema starijima kod medicinskih sestara iz različitih država. Medicinske sestre iz Hrvatske imaju nešto pozitivniji stav od medicinskih sestara iz Slovenije, ali ta razlika nije statistički značajna. Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji povezanost između stavova o osobinama starijih i država porijekla patronažnih medicinskih sestara. Pomoću t-testa razlike proporcija utvrđeno je da se proporcije jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika iz Hrvatske u odnosu na ispitanike iz Slovenije. Pomoću jednofaktorske analize varijance utvrđeno je da ne postoji statistički značajan utjecaj države porijekla medicinskih sestara na stavove o osobinama starijih osoba. Medicinske sestre iz Hrvatske imaju pozitivnije stavove o osobinama starijih u odnosu na medicinske sestre iz Slovenije. No, razlika stavova o osobinama starijih između ovih dviju država porijekla medicinskih sestara nije statistički značajna. Prema tome, navedena hipoteza ne prihvaća se kao istinita. Do sada nije rađeno istraživanje koje bi usporedilo stavove medicinskih sestara Hrvatske i Slovenije prema starijim osobama iako bi se mogle očekivati razlike zbog različitog udjela kolegija s gerontološkom tematikom u edukaciji tih dviju država. Naime, medicinske sestre u Sloveniji tijekom svojeg školovanja imaju nešto veću satnicu teoretske nastave iz gerontoloških sadržaja, a satnica praktične nastave je mnogo veća nego u Hrvatskoj i to na srednjoškolskoj i dodiplomskoj razini (tabela 2). Na razini drugog bolonjskog stupnja nastava o gerontološkim sadržajima je neravnomjerno zastupljena i ovisi o Sveučilištu koje provodi edukaciju (tabela 3), ali je isto više gerontoloških sadržaja u Sloveniji, nego u Hrvatskoj. Stoga, bilo je očekivano da će patronažne medicinske sestre iz Slovenije imati pozitivnije stavove prema starijim osobama. U istraživanju smo došli do rezultata da patronažne medicinske sestre iz Slovenije s većim

radnim stažem imaju i veće znanje o starijim osobama, ali to ne generira i pozitivnije stavove. Veliko istraživanje provedeno 2014. godine u šest zemalja: Škotskoj, Sjedinjenim Američkim Državama, Švedskoj, Njemačkoj, Sloveniji i Japanu sa studentima sestrinstva i medicinskim sestrama pokazalo je razliku u stavovima prema starijim osobama u različitim zemljama. U tom istraživanju je korišten *Multifactorial Attitudes Questionnaire* i autori su željeli istražiti stav studenata sestrinstva i medicinskih sestara prema njegovanju starijih osoba i općenito prema radu sa starijim osobama. Ukupno je sudjelovalo 3649 ispitanika, studenata sestrinstva i medicinskih sestara. Najnegativnije stavove prema radu sa starijim osobama pokazali su studenti iz Slovenije i Švedske, a među medicinskim sestrama najniži broj bodova, odnosno najnegativnije stavove prema starijim osobama imale su medicinske sestre iz Njemačke i Japana dok su one iz Škotske i Švedske imale najpozitivnije stavove. Rezultat kod studenata autori su povezali s nedostatkom gerijatrijskih sadržaja u kurikulumu i s mogućim negativnim iskustvima tijekom edukacije. Za medicinske sestre pokazalo se da ipak neki drugi čimbenici utječu na njihove stavove. U Švedskoj i Škotskoj utjecaj na stavove ima dob medicinskih sestara, a starije medicinske sestre više preferiraju rad sa starijim osobama i imaju pozitivnije stavove prema njima, dok u Japanu najmlađe i najstarije medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama od onih srednje dobi (Kydd i sur. 2014, 187). Kako je već u prethodnoj hipotezi utvrđeno da samo edukacija nije presudna za stavove prema starijim osobama, tako su i ovi rezultati to potvrdili. Pokazalo se da više utjecaja na stavove prema starijim osobama kod medicinskih sestara ima radno mjesto, iskustvo te dob medicinskih sestara. Deasey i suradnici (2014) u istraživanju su došli do zaključka da medicinske sestre u jedinicama hitne medicinske pomoći imaju puno medicinskog znanja, ali nedovoljno znanja specifičnog za područje gerontologije te da nemaju pozitivne stavove prema pacijentima starije životne dobi. Starije pacijente smatraju vrlo teškima za komunikaciju i zbrinjavanje, a smatraju i da starijim osobama nije mjesto na akutnim odjelima, nego na odjelima specijaliziranim za kronične bolesnike (Higgins i sur. 2007, 233; Deasey i sur. 2014, 231). Općenito, medicinske sestre koje rade u ustanovama za smještaj starijih osoba imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama, nego one koje rade na akutnim bolničkim odjelima ili hitnim službama i to zbog iskustva rada sa starijim osobama i iskustvenog učenja (Hope 1994; Higgins i sur. 2007; Engström i Fagerberg 2011; Hanson 2014; Kavlak 2015). U istraživanju provedenom u Švedskoj 2001. godine donesen je zaključak da nema razlike u stavovima prema starijim osobama između medicinskih sestara koje rade u ustanovama za njegu u kući i onih koje rade u bolnicama (Soderhamn i sur. 2001, 227). S druge strane, istraživanje provedeno u ruralnom dijelu Irske s medicinskim

sestrama koje često rade sa starijim osobama u njihovom domu pokazalo je da medicinske sestre imaju pozitivne stavove prema starijim osobama i to posebno one koje imaju viši stupanj obrazovanja. U tim slučajevima je vidljivo da je viša razina edukacije dobrodošla, ali opet nije presudna za stavove prema starijim osobama (Doherty i sur. 2010, 4). Medicinske sestre koje rade u zajednici sa starijim osobama, kao što su patronažne medicinske sestre, često razvijaju s pacijentima odnos povjerenja i suradnje, a to je podloga za dobru skrb (Bindels i sur. 2014, 2317). Prvo istraživanje o znanju i stavovima medicinskih sestara koje rade u zajednici sa starijim osobama pokazalo je da medicinske sestre imaju čak i nedostatak znanja o normalnim fiziološkim promjenama koje nastupaju zbog starenja, ali svejedno imaju pozitivne stavove prema starijim osobama (Mellor i sur. 2006, 40). Negativni stavovi prema starijim osobama jedan su od razloga što studenti sestrištva i medicinske sestre rad sa starijim osobama smatraju neatraktivnim, a i to je povezano s predrasudama. Kydd (2010) navodi da medicinske sestre i studenti sestrištva rad sa starijim osobama smatraju neatraktivnim i teškim, a smatraju i da ostali medicinski stručnjaci, koji ne rade primarno u skrbi za starije osobe, obezvrjeđuju stručnost i znanje medicinskih sestara koje rade sa starijim osobama (Kydd 2010, 31). Međutim, kako se mijenja struktura starijeg stanovništva te više ne govorimo o starijim osobama koje su slabe, bolesne i nemoćne, nego o osobama koje su fizički i mentalno aktivne, samostalne i funkcionalno sposobne, a imaju i pozitivan stav prema vlastitom starenju, kroz kontakt s takvim osobama možemo mijenjati stavove studenata i medicinskih sestara prema starijim osobama. Prilagođeni sadržaji na razini dodiplomskih studija sestrištva koji uključuju teoretsku edukaciju, ali i praktični dio rada u kontaktu sa starijim osobama mogu promijeniti negativne stavove prema pozitivnima (Sarabia-Cobo i Pfeiffer 2015, 63). Neke europske zemlje ponudile su rješenje za situaciju u kojoj medicinske sestre koje rade na akutnim odjelima ne prepoznaju probleme starijih osoba specifične za njihovu dob. To su akutne gerijatrijske jedinice koje su počele uvoditi neke zemlje Europske unije, prvenstveno Belgija i Danska, gdje se zbrinjavaju akutni problemi starijih osoba uz posebno educirane medicinske sestre (Deschodt i sur. 2018, 147). Na taj način izbjegava se boravak starijih osoba na akutnim odjelima na kojima nema dovoljno educiranog kadra i smješta ih se na odjele koji su namijenjeni samo starijoj populaciji i na kojima se mogu kvalitetno zbrinuti uz adekvatno educirano osoblje.

3.5.3 Dob patronažnih medicinskih sestara i stavovi prema starijim osobama

Treća postavljena hipoteza glasila je: „Dob ispitanika ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama.“ Pomoću F-testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u stavovima između medicinskih sestara različite dobi (tabela 11). Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost između dobi medicinskih sestara i njihovih stavova prema starijima (tabela 13). Pomoću t-testa razlike proporcija (tabela 15) utvrđeno je da se proporcija jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno razlikuju kod ispitanika različite dobi ($p = 0,037$). Najmanje pozitivnih stavova iskazuju ispitanici srednje dobi, a najviše ispitanici starije dobi. Korelacijskom je analizom utvrđeno (tabela 16) da ne postoji povezanost između stavova o starijima i dobi za sve anketirane ispitanike (slaba korelacija koja nije statistički značajna), osim za one iz Slovenije. Jednofaktorskom analizom varijance (tabela 18) utvrđeno je da postoji statistički značajan utjecaj dobi anketiranih medicinskih sestara na stavove o osobinama starijih (zanemarujući državu porijekla anketiranih). Pozitivnije stavove o osobinama starijih imaju medicinske sestre veće starosti. Utvrđena razlika je statistički značajna ($p < 0,006$). Prema tome, treba zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita.

U ovom istraživanju ne samo da su stavovi medicinskih sestara prema starijim osobama pozitivniji kod starijih patronažnih medicinskih sestara, nego su starije medicinske sestre pokazale i statistički značajno veće znanje o starenju i starijim osobama. Taj dio istraživanja je u korelaciji s već provedenim istraživanjima koja nam pokazuju da kategorizacija osoba prema dobi nije statična nego je dinamična, odnosno mijenja se s dobi promatrača (Donizzetti 2019, 1329). U svakoj životnoj dobi ljudi se poistovjećuju s pripadnicima iste dobi, a to je i osnova za razvoj stereotipa prema pripadnicima drugih dobnih skupina (Allport 1958). Kako čovjek stari taj proces je, posebno ako je to zdravo, aktivno starenje, prirodniiji za njega i ne doživljava svoje godine kao neki ograničavajući čimbenik. Iako većina ljudi ne zna što nosi proces starenja jer sami nemaju iskustvo tog procesa, što smo bliže starijoj dobi to više razumijemo pripadnike treće dobi (Krizmanić 2014). Europsko istraživanje o diskriminaciji na osnovi dobi, provedeno u 31 europskoj zemlji, pokazalo je da ispitanici imaju pozitivnije stavove i osjećaje prema osobama svoje dobi ili osobama bliske dobi (Abrams i sur. 2011, 22). Slične rezultate pokazalo je i istraživanje o stavovima studenata sestrištva i zdravstvenih profesionalaca prema starijim osobama u Švedskoj. Jedan od zaključaka tog istraživanja je bio da medicinske sestre koje dulje rade sa starijim osobama, a samim tim su i starije, imaju više razumijevanja i pozitivnije stavove prema starijim

osobama, nego one mlađe dobi (Engström i Fagerberg 2011, 4). U tabeli 12 prikazano je kako je pomoću hi-kvadrat test dobiven rezultat da po godinama starije patronažne sestre imaju više znanja o starijim osobama ($p < 0,001$), a znanje opet ima utjecaj na formiranje stavova. U istraživanju Soderhamn i suradnika (2001) dob ispitanika je dovedena u direktnu vezu sa stavovima prema starijim osobama i pokazalo se da po godinama stariji zdravstveni radnici imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama neovisno o spolu (Soderhamn i sur. 2001, 228). Liu i suradnici u pretraživanju literature o stavovima medicinskih sestara o starijim osobama također su došli do zaključka da je dob medicinskih sestara jedan od važnijih čimbenika koji utječu na stavove prema starijim osobama u pozitivnom smislu. Dakle, zaključak je da starije medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama (Liu i sur. 2013, 1279). Do istih zaključaka došli su Kydd i suradnici (2014) u istraživanju koje je rađeno u šest zemalja te se pokazalo da u Škotskoj i Švedskoj pozitivnije stavove prema starijim osobama imaju najstarije medicinske sestre, odnosno najstariji ispitanici te su donijele zaključak da na pozitivne stavove prema njezi starijih osoba definitivno utjecaj ima dob medicinskih sestara. Međutim, u Japanu su i najmlađe i najstarije medicinske sestre pokazale pozitivnije stavove od onih srednje dobi, dok u Njemačkoj starije medicinske sestre nisu imale značajno pozitivnije stavove od mlađih kolegica. Isto to istraživanje pokazalo je relativno negativne stavove prema njegovanju starijih osoba kod studenata sestrištva, što autori tumače nedostatkom edukacije iz područja gerontologije i mogućim negativnim iskustvima u njezi starijih osoba, ali i mlađom dobi studenata te nedostatkom iskustva (Kydd i sur. 2014, 187). U prilog tome da starije medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama ide i istraživanje Schroyen i suradnika (2016) u kojem je dokazano da onkološke medicinske sestre imaju diskriminatorna ponašanja prema svojim starijim pacijentima u smislu davanja manje podrške i rjeđe ih ohrabruju za rekonstruktivne intervencije (Schroyen i sur. 2016, 754). Patronažne medicinske sestre koje su po godinama starije i dulje rade taj posao često su u kontaktu sa starijim osobama i razvijaju s njima odnos povjerenja i povezanosti, lakše se mogu poistovjetiti s problemima starije populacije, a to na kraju rezultira većom kvalitetom zdravstvene njege. Allportova teorija optimalnog kontakta govori o tome da se kontaktom između pripadnika grupa prema kojima jedna grupa gaji predrasude one smanjuju, odnosno nestaju u ovom istraživanju nije u pitanju samo kontakt, nego i približavanje dobi u kojoj bi i osoba sama mogla postati pripadnik skupine prema kojoj je do tada imala predrasude (Allport 1958). U takvom specifičnom odnosu starijoj medicinskoj sestri lakše se uključiti u proces težnje zajedničkom cilju, razvoju suradničkog, a ne paternalističkog odnosa prema

starijoj osobi – pacijentu, dijeljenju i osobnih informacija i životnih priča što je u konačnici osnova za kvalitetan kontakt između različitih interesnih grupa prema Allportovoj teoriji optimalnog kontakta. U proces zdravstvene njege starije osobe nije uključena samo starija osoba kao pacijent, nego su uključeni i članovi obitelji, formalni i neformalni njegovatelji, što starijoj osobi koja ima podršku obitelji daje veću sigurnost i bolje ishode njege. U situaciji kada stariji pacijent i njegova obitelj imaju dobru suradnju s patronažnim medicinskim sestrama i patronažne medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama (Bindels 2013, 2317). To je svojevrsan zatvoreni krug. Ako osoba ima negativne stavove prema nekome, teško može ostvariti kontakt i pokazati suosjećanje i razumijevanje za, u ovom slučaju, stariju osobu. Da bismo mogli osjetiti empatiju i suosjećanje, moramo razumjeti stariju osobu, a to isključuje postojanje predrasuda prema njoj (Bergman i Bodner 2015, 1549). Kako postajemo stariji i približavamo se starijoj dobi, raste i naše razumijevanje za pripadnike starijih generacija. Naš stil života je ključni koncept kojim biramo suradnike, razvijamo međusobne odnose i formiramo svoj identitet (Dohmen 2013, 34). Naše godine života utječu na stavove prema pripadnicima drugih dobnih skupina. Istraživanje provedeno u Americi pokazalo je da stariji odrasli češće pomažu starijim osobama u smislu volontiranja, dok mlađi odrasli češće pomažu adolescentima i djeci (Berk 2008, 533). Za stavove prema starijim osobama važno je i kakav stav oni sami imaju prema starenju i svojoj dobi. Danas starije osobe u većini slučajeva imaju pozitivne životne stavove. Istraživanje provedeno u Norveškoj pokazalo je da većina starijih osoba živi aktivno i žele ostati aktivni što dulje, a negativni događaji do kojih može doći u starijoj dobi, kao što su smrt prijatelja ili odvajanje od djece, ne pogađaju ih toliko da bi im narušili kvalitetu života. Takvi pozitivni stavovi su cijenjeni od strane patronažnih medicinskih sestara i one ih mogu iskoristiti u skrbi za starije osobe, ali isto tako i mijenjaju njihovu percepciju starenja te generiraju pozitivne stavove prema starijim osobama (Kalfoss 2017, 241). Jedan od važnih rezultata koji smo dobili u ovom istraživanju je i činjenica da velika većina, čak 93 % anketiranih medicinskih sestara ima svakodnevno u skrbi starije osobe i to podjednako i u Hrvatskoj i u Sloveniji jer je dobná struktúra stanovništva, između te dvije države, slična. Sudionici koji duže rade u patronažnoj skrbi, po godinama su i stariji, dulje su u kontaktu sa svojim starijim pacijentima te i to ima utjecaj na razvoj pozitivnih stavova prema njima.

3.5.4 Utjecaj suživota na stavove prema starijim osobama

Četvrta hipoteza postavljena u ovom radu glasila je: „Život u kućanstvu sa starijom osobom ima utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama.“ Prvo treba napomenuti da samo 30 % ispitanica živi u kućanstvu sa starijom osobom, pa se postavilo pitanje hoće li se uopće testirati postavljena hipoteza, ali kako je takva situacija odraz trenda u društvu u kojem je sve manje višegeneracijskih obitelji (Berk 2008), hipoteza je testirana. Pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna povezanost između suživota/nesuživota anketiranih medicinskih sestara i njihovih stavova prema starijim osobama, kako za ispitanike iz Hrvatske ($p = 0,294$) tako i za ispitanike iz Slovenije ($p = 0,190$) (tabela 13). Pomoću t-testa razlike proporcija (tabela 15) utvrđeno je da se proporcija jače pozitivnih stavova o starijima statistički značajno ne razlikuju kod ispitanika koji su u suživotu sa starijima i onih koji nisu u suživotu. Korelacijskom je analizom utvrđeno (tabela 16) da ne postoji statistički značajna povezanost između stavova o starijima i suživota za sve anketirane ispitanike. Prema tome, treba zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

Hipoteza je postavljena zato što današnji odrasli u srednjoj dobi provedu više vremena kao odrasla djeca svojih roditelja, nego je to bio slučaj prije nekoliko desetljeća. Zapravo, često sredovječna djeca brinu za svoje ostarjele roditelje što dovodi do specifičnih odnosa u obitelji (Berk 2008). Među sudionicima ovog istraživanja tek njih 30 % živi u kućanstvu sa starijom osobom. Prema podacima Eurostata iz 2015. godine u Europi ukupno 32 % starijih osoba živi samo. U Hrvatskoj udio starijih osoba koje žive same iznosi 28,8 %, a u Sloveniji 34,4 %. U ostalim europskim zemljama udio starijih osoba koje žive same varira od 45,9 % u Litvi i 39,8 % u Danskoj, do 23,9 % u Grčkoj i 17,6 % u Cipru gdje najmanji broj starijih osoba živi u samačkim domaćinstvima (Eurostat 2017b). Slični podatci govore nam da danas samo 10 % starijih osoba živi sa svojom djecom u kućanstvu, a njih 50 % živi i bez supružnika ili partnera (Gawande 2016, 36). Ti podatci pokazuju da danas većina odraslih ljudi u srednjoj životnoj dobi ne živi sa svojim ostarjelim roditeljima. Iako postoji mit da su zbog toga stariji roditelji zapostavljeni, to najčešće nije istina. Vitalne i zdrave starije osobe cijene svoju neovisnost i ne žele živjeti u istom domaćinstvu sa svojom odraslom djecom, iako najčešće ne žive daleko od njih te se djeca najčešće brinu za svoje roditelje i imaju dobar odnos s njima (Berk 2008, 529). Istraživanje provedeno 2018. godine na studentima preddiplomskog studija sestrinstva pokazalo je da, iako generalno imaju pozitivne stavove prema starijim osobama, studenti koji žive sa starijom osobom u kućanstvu imaju manje

pozitivne stavove prema starijim osobama od svojih kolega koji ne žive u kućanstvu sa starijom osobom (Darling i sur. 2018, 291). S druge strane, istraživanje iz 2012. godine ukazuje na jednako pozitivne stavove kod studenata koji žive sa starijim osobama u kućanstvu kao i kod onih koji ne žive, te autori čak predlažu kontakt sa starijim osobama u sklopu kurikuluma za pomagačka zanimanja (Usta i sur. 2012, 92). Oba istraživanja rađena su u Turskoj koja je tradicionalna zemlja i u kojoj postoje norme poštovanja prema starijim osobama, te su i autori zaključili da kulturološko okruženje igra veliku ulogu u oblikovanju stavova prema starijim osobama. Postoji čak i razlika između istočnog (tradicionalnijeg) i zapadnog dijela Turske, a studenti koji žive sa starijim osobama imaju pozitivniji stav prema starijim osobama u oba uzorka studenata (Turan i sur. 2016, 56). Takav zaključak je izveden i u istraživanju u Kini u kojem su autori došli do rezultata da studenti sestinstva koji imaju prethodno iskustvo njege starijeg člana obitelji imaju i pozitivnije stavove prema starijim osobama u odnosu na druge studente (Zhang i sur. 2016, 32). Međutim, istraživanje provedeno u Sloveniji, koja je uključena i u ovo istraživanje, pokazalo je da studenti koji žive u kućanstvu sa starijom osobom imaju manje negativne stavove prema starijim osobama, nego oni koji u kućanstvu nemaju starijih osoba. Stoga, to istraživanje treba uzeti u obzir iako se u njemu radi o studentima socijalne gerontologije i fizioterapije, a ne o studentima sestinstva (Jeleč Kaker i sur. 2016, 63). Danas je sve rjeđi suživot nekoliko generacija u istom kućanstvu, češće su nuklearne obitelji. Međutim, to ne znači da se odrasla djeca ne brinu za svoje starije roditelje i da nemaju svakodnevni kontakt s njima. Istraživanje na razini europskih zemalja u sklopu projekta *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* pokazalo je da starije osobe, ako ne žive sa svojom odraslom djecom, u kasnijoj životnoj dobi žive nedaleko od njih, ali taj trend je učestaliji u zemljama južne Europe nego u sjevernim područjima (Isengard i Szydlik 2015, 468). Također, isti podatci pokazali su da su najčešći njegovatelji starijih roditelja odrasle kćeri i to češće u južnim zemljama Europe, a manje u sjevernim zemljama (Crespo i Mira 2014, 707). U odnose nekoliko generacija jedne obitelji svakako je uključena emocionalna komponenta koja proizlazi i iz kulturološkog okruženja i socijalnih normi društva u kojem živimo i sve to ima utjecaj na stavove prema starijim osobama (Hsu i sur. 2019, 88).

Možemo zaključiti da u ovom istraživanju ne postoji povezanost suživota sa starijom osobom u domaćinstvu sa stavovima prema starijim osobama.

3.5.5 Znanje patronažnih medicinskih sestara o starenju i starijim osobama prema Palmorovom *Facts on Aging Quizu*

Erdman B. Palmore razvio je *Facts on Aging Quiz* 1977. godine kao kratak kviz pomoću kojeg bi se u pet minuta moglo provjeriti znanje ispitanika o osnovnim činjenicama o starijim osobama. Svi ostali testovi razvijeni prije toga bili su opsežni i ponekad zbunjujući za ispitanike. Tvrdnje navedene u tom kvizu potvrđene su empirijskim istraživanjima, a zasnovane su na najčešćim nesporedumima i stereotipima vezanim za starije osobe (Palmore 1977). Nekoliko godina kasnije, 1981. godine Palmore je objavio drugi dio kviza s dodatnih 25 pitanja koja su bila osmišljena kako bi pojasnila neke dodatne nesporedume i stereotipe vezane za starije osobe (Palmore 1981). Budući da su oba ta kviza izašla prije 50 godina, autorice Linda Breyspraak i Lynn Badura su 2015. godine osuvremenile i prilagodile navedeni upitnik današnjem vremenu na način da su zadržale pola pitanja iz originalnog Palmorovog *Facts on Aging Quiz*a, a drugu polovicu pitanja zamijenile su pitanjima koja su, prema njihovom sudu, relevantna i zanimljiva za današnje vrijeme (Breyspraak i Badura 2015). U ovom istraživanju je korišten cijeli upitnik od 50 pitanja, ali dva pitanja su uklonjena i zamijenjena pitanjima koja su relevantna za države u kojima se istraživanje odvijalo. Pomoću tog upitnika još uvijek se vrlo kvalitetno može procijeniti znanje patronažnih medicinskih sestara, a i prema njemu je ocjena znanja patronažnih medicinskih sestara u ovom istraživanju prilično dobra. Da bismo dobili bolji uvid u znanje patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama, u daljem tekstu ukratko će biti opisani odgovori u Palmorovom *Facts on Aging Quizu* i grupirani u one s najviše točnih odgovora, najviše netočnih odgovora i one na koje je dobiven podjednak broj točnih i netočnih odgovora, a isti će biti potkrijepljeni dokazima iz literature (tabela 4).

Prvo su obrađene tvrdnje za koje je najviše patronažnih medicinskih sestara dalo ispravan odgovor.

Prva tvrdnja u Palmorovom *Facts on Aging Quizu* glasi **da većina starijih osoba boluje od Alzheimerove bolesti**. Gotovo sve ispitanice su odgovorile da ta tvrdnja nije istinita što je i točan odgovor. Naime, istraživanja pokazuju da je pobol od Alzheimerove bolesti u porastu. Izvješće Društva za Alzheimerovu bolest za 2019. godinu pokazuje da 10 % osoba starijih od 65 godina u SAD boluje od Alzheimerove bolesti, što je veliki broj, ali svakako nije većina osoba starijih od 65 godina (Alzheimer's Association 2019, 17). Za Hrvatsku i Sloveniju nema točnih podataka jer ne postoji registar oboljelih, ali procjene ukazuju na istu

situaciju i u te dvije države (Laklija i sur. 2009, 70). Stoga, tvrdnja nije točna, a velika većina ispitanica je točno odgovorila.

Slična je i druga tvrdnja koja glasi: „**Starenjem se inteligencija ljudi značajno smanjuje.**“ za koju je većina anketiranih medicinskih sestara također utvrdila da je netočna. Zapravo, inteligencija se u zdravih starijih osoba ne mijenja značajno. Iako postoje pokazatelji pada fluidne i kristalizirane inteligencije, u starijoj životnoj dobi postoji plastičnost mozga koja nadomješta taj pad. Promjene u pamćenju koje nastaju starenjem i zbog kojih starije osobe sporije primaju informacije, mogu se kompenzirati adaptivnim mehanizmima koji im pomažu u rješavanju svakodnevnih problema na koje nailaze (Berk 2008, 581). Čak i kada dođe do oštećenja mozga u smislu blažeg moždanog udara ili demencije, kod osoba koje imaju razvijenu jaku kognitivnu rezervu ne mora doći do zamjetnog pada kognitivnog funkcioniranja. Yaakov Stern je 2009. godine prvi put spomenuo koncept kognitivne rezerve koji označava mogućnost mozga da se aktivno nosi s oštećenjem, zahvaljujući postojećim kognitivnim procesima ili aktiviranjem kompenzacijskih procesa. Svoju kognitivnu rezervu možemo povećati učenjem, socijalnom interakcijom s drugim ljudima, fizičkom aktivnošću, boravkom na svježem zraku te zdravom prehranom i općenito, zdravim stilom života (Stern 2009). Uz promicanje zdravog, aktivnog života te održavanje i fizičkog i mentalnog zdravlja, starije osobe mogu povećati svoju kognitivnu rezervu te do u duboku starost mogu održati svoje kognitivno funkcioniranje na zavidnom nivou. U tom smislu mogu pomoći i patronažne medicinske sestre koje kroz edukaciju starijih osoba i motiviranjem na druženje, kretanje i učenje mogu također pomoći očuvanju kognitivnog funkcioniranja starijih osoba. Istraživanja su pokazala da su mentalno aktivan život, iznadprosječno obrazovanje, stimulirajuće slobodne aktivnosti, sudjelovanje u radu zajednice i fleksibilna ličnost prediktivni čimbenici za održavanje mentalnih sposobnosti u dubokoj starosti, pa tako i za učenje novih stvari (Berk 2008, 576).

Još jedna od tvrdnji u Palmorovom *Facts on Aging Quizu* koja je istinita i povezana je s kognitivnim funkcioniranjem starijih osoba je **da se vrijeme za reakciju produljuje starenjem**. Istraživanja potvrđuju tvrdnju da se vrijeme reakcije produljuje kako osoba stari (Graveson i sur. 2015, 862; Salvia i sur. 2016, 7), a to je i razlog zbog kojeg se često smatra da starije osobe sporije uče i da se ne snalaze u novim situacijama. Do produljenog vremena reakcije dolazi zbog promjena u živčanom sustavu koje nastupaju u normalnom procesu starenja, a starije osobe se prilagođavaju na tu pojavu te taj nedostatak kompenziraju povećanim oprezom. Na brzinu reakcije, posebno u kompleksnim situacijama, utječe i razina edukacije pa će tako starije osobe s višom razinom edukacije brže reagirati i obavljati neke

zadatke od onih s nižom razinom edukacije (Tun i Lachman 2008, 1428). Produljeno vrijeme reakcije može biti značajno u nekim stresnim situacijama u kojima se mogu naći starije osobe, npr. u prometu ili u prevenciji pada kod starijih osoba, odnosno produljeno vrijeme za reakciju povećava rizik za pad i probleme u snalaženju u iznenadnim prometnim situacijama (Graveson i sur. 2015, 861; Salvia i sur. 2016, 7; Wang i sur. 2016, 1081). Edukacija i vježbanje je i rješenje problema produljene reakcije kod starijih osoba te se kroz više ponavljanja i prilagodbu na situaciju može spriječiti neželjeni događaj vezan za zakašnjelu reakciju. Ispitanice su prepoznale da je navedena tvrdnja o brzini reakcije točna i njih 80 % je točno odgovorilo.

S pojmom kognitivnog funkcioniranja povezana je i tvrdnja **da se klinička depresija češće javlja kod starijih osoba nego kod mlađih ljudi**. Za tu tvrdnju tek nešto preko 60 % ispitanica tvrdi da je netočna, iako postoji stereotip da su starije osobe sklonije depresiji ili čak da je depresija normalna pojava u starosti. Veliko istraživanje provedeno 2010. godine s ciljem da se istraži učestalost velikog depresivnog poremećaja pokazalo je da je on mnogo učestaliji u mlađoj životnoj dobi nego u starijoj. Autori su došli i do zaključka da se starije osobe bolje nose s poteškoćama koje im donosi život, čak i s fizičkim bolestima jer su tijekom života razvile mnoge obrambene mehanizme koji im omogućuju lakše suočavanje s poteškoćama (Kessler i sur. 2010, 8). I drugo istraživanje iz 2016. godine pokazalo je da socioekonomski status i obrazovanje imaju utjecaj na nastanak depresije, ali je i u tom istraživanju broj starijih osoba koje pokazuju simptome depresije znatno manji, nego kod mlađih osoba (Freeman i sur. 2016, 6). Kod starijih osoba veći je problem što se depresija ne prepozna na vrijeme, nego sama učestalost depresije. Naime, zbog već navedenog stereotipa da su starije osobe uglavnom tužne, može se dogoditi da se simptomi depresije ne prepoznaju na vrijeme ili da se zamijene simptomima nekih drugih bolesti, kao što je npr. demencija, što dovodi do odgođenog početka liječenja ili do suicida za koji je povećan rizik kod osoba u depresiji.

Tvrdnja **da je u starijoj životnoj dobi veći rizik za infekciju s HIV – om** pokazala je pod utjecajem države u kojoj se istraživanje provodi. Iako je u verziji upitnika autorica Breytspraak i Badura pitanje o riziku za zarazu HIV infekcijom starijih osoba postavljeno kao točna tvrdnja, bilo ju je potrebno staviti u kontekst istraživanja. Prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije za Europu najveća pojavnost HIV infekcije je za muškarce u dobi od 20 do 29 godina, a za žene u dobnoj skupini od 30 do 39 godina (World Health Organization 2018). I u Hrvatskoj je mali rizik za zarazu HIV infekcijom za sve dobne skupine, a najveća pojavnost novih slučajeva HIV infekcije je u dobnoj skupini od 25 do 39

godina i to 53 % svih oboljelih (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2018b). U Hrvatskoj i u Sloveniji ne postoji visoki rizik za zarazu HIV infekcijom u bilo kojoj dobnoj skupini, a svakako je među najmanjima u starijoj populaciji. To su prepoznale ispitanice i gotovo sve su odgovorile da je ta tvrdnja netočna.

Tvrdnja da su alkoholizam i problemi vezani za alkohol češći kod starijih osoba nije zbunila ispitanice te ih je čak 94 % odgovorilo da ta tvrdnja nije točna. Rizik za pojavu alkoholizma kod starijih osoba nije veći nego u drugim dobnim skupinama. Iako postoji dio ljudi koji počnu s prekomjernom konzumacijom alkohola u starijoj životnoj dobi, većina ih ima tu naviku od mlađe dobi. Prediktori za zlorabu alkohola u starijoj životnoj dobi mogu biti suočavanje s gubitkom, anksioznošću, depresijom, dosadom ili boli povezanom s nekom kroničnom bolešću. Neki podatci pokazuju da čak 50 % osoba starijih od 65 godina konzumira alkohol u nekoj mjeri, a u dobi od 85 godina taj udio iznosi oko 25 % (Caputo i sur. 2012, 415). Međutim, kriterije za zlorabu alkohola ima tek 2,36 % osoba starijih od 65 godina, dok ostali piju povremeno, možda čak i na dnevnoj bazi, ali im to ne narušava normalno fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje (Trevisan 2014). Problem kod konzumacije alkohola u starijoj životnoj dobi je što ona ostaje neprepoznata ako je njen početak nakon umirovljenja, zbog smanjene socijalne interakcije do koje dolazi s umirovljenjem, a alkohol može imati utjecaj na djelovanje lijekova koje starija osoba uzima i na tijek kronične bolesti od koje boluje. U tom smislu treba educirati zdravstvene i ostale djelatnike koji se bave starijim osobama da bi se na vrijeme prepoznao problem koji može voditi do pogoršanja zdravstvenog stanja i smanjene kvalitete života.

Sljedeća tvrdnja glasi „**Problemi sa spavanjem su česti u starijoj životnoj dobi.**“, a većina ispitanica je prepoznala taj problem. Neprekinut san u dobi nakon 50 godina je rijetkost, a prve promjene u obrascu spavanja javljaju se već poslije 40-e godine života i često ostaju neprepoznate ili zanemarene (Rodriguez i sur. 2015, 436). Naime, starijim osobama treba više vremena da bi zaspale, san je plići i lakše se probude, spavanje može biti isprekidano, imaju potrebu za poslijepodnevnom drijemanjem što posljedično dovodi do poremećenog normalnog ritma spavanja. Starenjem se mijenja normalan cirkardijalni ritam što je povezano s hormonalnim promjenama te to može dovesti do velikog pada razine melatonina koji se normalno luči tijekom spavanja, što onda kao posljedicu ima ozbiljne poremećaje zdravlja, posebno pojavu nekih neurodegenerativnih poremećaja (Hardeland 2015, 130). Do problema sa spavanjem mogu dovesti neki komorbiditeti, kao što je apneja u snu, plućne bolesti, srčane bolesti, ali isto tako poremećaj spavanja može dovesti do smanjene kvalitete života uz pogoršanje nekih drugih bolesti (Rodriguez i sur. 2015, 433–435). Pravilna

higijena spavanja, prilagodba stambenog prostora i izbjegavanje drijemanja te neki prirodni dodaci uz liječenje osnovne bolesti koja može dovesti do poremećaja spavanja, mogu pomoći u poboljšanju obrasca spavanja starijih osoba. Naravno, patronažne medicinske sestre moraju prepoznati problem i dati adekvatan savjet osobi koja ima problem, a za to trebaju imati i dovoljno znanja o poremećajima spavanja.

Tvrđnja da je suicid češći kod starijih osoba vezana je za pitanje pojave depresije kod starijih osoba. Prema podacima Eurostata iz 2015. godine za zemlje Europske unije, stopa suicida je najviša u Litvi, slijede je Slovenija i Mađarska s 21 suicidom na 100 000 stanovnika, a zatim su tu Belgija i Hrvatska sa 17 suicida na 100 000 stanovnika (Eurostat 2019). Pri tome se udio određenih dobnih skupina mijenja s godinama tako da je teško doći do pravog podatka. U ovom istraživanju uzeli smo da je točan odgovor na tvrdnju da je u starijoj dobi najviša stopa suicida netočna. Međutim, ako taj podatak gledamo globalno, ta tvrdnja je doista netočna. Naime, stopa suicida je na globalnoj razini najviša u dobnoj skupini od 15 do 49 godina, ali i u dobi iznad 70 godina, te se podatci regionalno jako razlikuju, a i mijenjaju iz godine u godinu (World Health Organization 2014). Ako taj podatak tražimo za Hrvatsku i Sloveniju, tada je ta tvrdnja točna, što znači da je većina ispitanica odgovorila netočno. Naime, u 2018. godini stopa samoubojstava u Hrvatskoj bila je najviša u dobnoj skupini od 65 godina na više, a ista je situacija i u Sloveniji (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2019, 340; Nacionalni inštitut za javno zdravje 2019, 2-11). U literaturi se navodi podatak da je stopa pokušaja suicida najviša u adolescentskoj dobi, ali stopa izvršenih suicida najviša je u dobnoj skupini poslije 75 godina. U starijoj dobi suicid je najviše povezan s dijagnozom depresije koja u starijoj dobi dugo može ostati neprepoznata, ali i s početnim stadijem demencije (Makarić i sur. 2019, 417). U svakom slučaju, starije osobe jesu pod povećanim rizikom za suicid i zbog toga treba poznavati simptome depresije kako bi se na vrijeme mogla prepoznati suicidalna namjera (Berk 2008). Kako u Hrvatskoj i u Sloveniji ipak imamo najviši rizik za suicid kod starijih osoba, medicinske sestre koje ulaze u kuću starijih osoba trebale bi imati dovoljno znanja o rizičnim čimbenicima da bi na vrijeme prepoznale namjeru osoba da izvrše suicid.

Tvrđnja da se krvni tlak povisuje s dobi djelomično je točna. Hipertenzija je danas najčešća bolest cirkulacijskog sustava i zahvaća oko 60 % osoba starijih od 60 godina (European Society of Cardiology 2018, 3030). Zbog promjena koje nastupaju zbog starenja kod starijih osoba smanjuje se elastičnost krvnih žila uz promjenjive čimbenike rizika kao što su pušenje duhanskih proizvoda, prekomjerna konzumacija alkohola, sedentarni stil života, neučinkovito suočavanje sa stresom i loša prehrana mogu dovesti do povišenog

krvnog tlaka. Zanimljivo je da se stav o hipertenziji kod starijih osoba mijenjao tijekom prošlog stoljeća i sve do nedavno je u medicinskim krugovima postojao stav da je hipertenzija u starijoj životnoj dobi normalna pojava (Pickard 2013, 968). Današnja definicija arterijske hipertenzije Europskog društva za hipertenziju govori da je hipertenzija definirana kao sistoličke vrijednosti krvnog tlaka jednake ili više od 140 mmHg i vrijednosti dijastoličkog tlaka jednako i više od 90 mmHg. Te vrijednosti su važeće za sve dobne skupine odraslih osoba s time da je kod starijih osoba česta izolirana sistolička hipertenzija u kojoj je sistolička vrijednost tlaka 140 mmHg ili više, a dijastolička vrijednost tlaka je ispod 90 mmHg (European Society of Cardiology 2018, 3031). Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2018. godinu u Hrvatskoj oko 20 % osoba starijih od 65 godina boluje od cirkulacijskih bolesti. Najčešći uzroci smrti u populaciji su cirkulacijske bolesti i cerebrovaskularne bolesti, a među prvih deset uzroka smrti starijih osoba u Republici Hrvatskoj nalazi se ishemijska bolest srca s udjelom od 20,79 %, cerebrovaskularni inzult s 12,92 % i hipertenzivne bolesti s 4,83 %, a ostalo su uglavnom maligne bolesti i dijabetes (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2019, 339). Drugim riječima, arterijska hipertenzija je ozbiljna bolest koja odnosi mnogo života i nije normalno da krvni tlak bude viši od preporučenog u starijoj životnoj dobi jer to za posljedicu može imati ozbiljne cirkulacijske bolesti.

Tvrdnje o fizičkom zdravlju starijih osoba nastavljaju se tvrdnjom da **većina žena s godinama razvije osteoporozu**. Ta tvrdnja nije točna i 78 % ispitanica je to i prepoznalo. Naime, osteoporoza je bolest koja se češće javlja u žena nakon menopauze, ali može se uspješno prevenirati prehranom i stilom života. Prevalencija u europskim zemljama varira od 6,6 % do 22,1 % za osobe oba spola starije od 50 godina. Samo za muškarce je prevalencija niža, kreće se od 5,9 % do 7,2 %, dok je za žene viša i kreće se od 19,1 % do 23,5 % (Kanis i sur. 2013, 4). To nikako ne znači da će sve žene nakon menopauze razviti osteoporozu i razvoj osteoporoze ovisi o nizu preventabilnih čimbenika, kao što su pravilna prehrana i adekvatna fizička aktivnost. Jedan od mogućih znakova osteoporoze je i smanjenje visine, ali smanjenje visine je i normalna pojava u starijoj životnoj dobi i to je jedna od promjena koje su jasno vidljive drugim ljudima.

Tvrdnja vezana za konstataciju o osteoporozi je i **tvrdnja da starije osobe gube visinu**. Blago smanjenje visine događa se ljudima tijekom cijelog života na dnevnoj bazi: ujutro smo nešto viši nego uvečer, ali te promjene nisu zamjetne u mlađoj životnoj dobi. Zbog starenja dolazi do dehidracije diskova između kralježaka, a to stanje se u starijoj životnoj dobi ne može brzo oporaviti te starije osobe doista gube na visini. Kao posljedica toga, razvija se

kifoza kralježnice i povećava se zakrivljenje vratnog dijela kralježnice (Touhy i Jett 2014, 272). To znaju zdravstveni radnici koji se bave starijim osobama pa tako i ispitanice u ovom istraživanju.

Vežano za fizičke promjene kod starijih osoba je i **smanjenje fizičke snage**. Ona je u opadanju zbog starenja i to je normalna pojava u starijoj životnoj dobi. Do opadanja fizičke snage dolazi zbog smanjenja broja neurona koji inerviraju mišićna vlakna, ali i zbog smanjenja kretanja, odnosno smanjenja fizičke aktivnosti. Kod osobe od devedeset godina bit će izgubljeno između 30 % i 40 % mišićne mase koju je osoba imala s trideset godina, a gubitak mišića uzrokuje i smanjenje snage. Promjena mase mišića naziva se sarkopenija, a izgubljeno mišićno tkivo zamjenjuje masno tkivo (Touhy i Jett 2014, 272).

Tvrđnja da s godinama opada funkcioniranje svih osjetila je točna i to je prepoznalo 89 % ispitanica. Gubitak sluha i vida su neprepoznatljiviji u starijoj životnoj dobi. Poznato je da zbog starenja slabi elastičnost mišića koji leću oka prilagođavaju na blizinu i detalje te se razvija prezbiopija. Ako osoba boluje od šećerne bolesti, rizik za poremećaj vida je veći. Kod starijih osoba otežana je prilagodba oka na promjene svjetla, a slabija je i percepcija dubine što sve može dovesti do smanjenja samopouzdanja kod starije osobe (Berk 2008). Slično se događa sa sluhom te se razvija prezbiakuzija. Sluh slabi prvo za visoke frekvencije, a kasnije i za cijeli raspon frekvencija. Gubitak sluha također ima utjecaj na pad kvalitete života, a ima utjecaj i na sigurnost starije osobe (Touhy i Jett 2014, 253). Manje je poznato da i osjet okusa također slabi s godinama i to posebno osjet za slano, kiselo i gorko, dok osjet slatkoga ostaje isti (Touhy i Jett 2014, 132). Nakon šezdesete godine života slabi i osjet mirisa, a poznato je da hrana nema isti okus kad nedostaje miris pa i to može utjecati na apetit i na kvalitetu života starijih osoba. U literaturi se navodi i da osjet dodira opada s kronološkom dobi i to posebno na vrhovima prstiju što može biti značajno za starije osobe. Pretpostavlja se da do toga dolazi zbog usporene cirkulacije u ekstremitetima i zbog opadanja broja dodirnih receptora u tim područjima. Postoje čvrsti dokazi da osjetljivost svih pet osjetila opada s porastom kronološke dobi (Cavazzana i sur. 2018, 11). Sve te promjene su individualne i ne pogađaju jednako sve osobe, ali ih treba imati na umu kada planiramo intervencije kod starijih osoba.

Tvrđnja da su u starijoj dobi rjeđe akutne zdravstvene krize, a češća kronična stanja vezana za zdravlje je istinita i to je prepoznalo 63 % ispitanica. Kako ljudi stare tako se smanjuje broj akutnih stanja kao što su infekcije, međutim, ako se pojave zahtijevaju veću skrb i mogu završiti nekim duljim kroničnim stanjem. Danas starije osobe pate od barem jedne ili više kroničnih bolesti. Prema Američkom gerijatrijskom društvu od demencije će

umrijeti od 11 % do 17 % starijih osoba, srčane bolesti odnose 17 % do 37 % svih života u starijoj životnoj dobi, zatim zloćudne bolesti od 6 % do 20 %, endokrine bolesti od 3,6 % do 8 %, respiratorne bolesti od 2,1 % do 3,2 % svih smrti u starijoj životnoj dobi (Rizzuto i sur. 2017, 1058). U Hrvatskoj najviše osoba starijih od 65 godina umre od ishemijske bolesti srca, njih 36 %, na drugom mjestu su cerebrovaskularne bolesti s 21 % umrlih i na trećem mjestu su zloćudne novotvorine dušnika i pluća s 10 % (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2018a, 336). Iz tih podataka je vidljivo da u starijoj životnoj dobi uistinu prevladavaju kronična stanja zbog kojih osobe češće posjećuju zdravstvene ustanove. Iako je općenito poznat podatak da se broj starijih osoba u Hrvatskoj bliži udjelu od 20 %, nisu sve ispitanice upoznate s tim podatkom. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine udio osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj je iznosio je 17,7 % (Državni zavod za statistiku RH 2013). Prema podacima Eurostata taj udio je u 2018. godini bio 20,1 %. Slični podatci bilježe se i za Sloveniju jer je slovenskim patronažnim sestrama tražen podatak o udjelu starijih osoba u Sloveniji. U Sloveniji je prema popisu stanovništva 2010. godine bilo 16,6 % osoba starijih od 65 godina. Trenutni podatci za Sloveniju su da je udio stanovnika starijih od 65 godina 20,0 % (Republika Slovenija Statistični Urad 2019). Možemo vidjeti da je i u Hrvatskoj i u Sloveniji jedna petina stanovništva starija od 65 godina. U istraživanju je 71 % ispitanica točno odgovorilo na ovu tvrdnju.

Gotovo sve ispitanice su na tvrdnju da **većina starijih ljudi živi u domu za starije osobe** odgovorile da je netočna. Naime, u Hrvatskoj je prema popisu stanovništva iz 2011. godine u institucionalnim kućanstvima živjelo 2,86 % starijih osoba, u institucijama njih 2,38 % i od tog broja udio žena iznosi 75,55 %. Prema istom popisu tada je u Hrvatskoj u samačkim domaćinstvima živjelo 24,23 % starijih osoba (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020., 10), a prema procjenama Eurostata iz 2015. godine taj udio se povećao na 28,8 % (Eurostat 2017b). I u Sloveniji je 2018. godine u domovima za starije osobe bilo smješteno 4,3 % svih osoba starijih od 65 godina (Republika Slovenija Statistični urad 2019). Svi ostali žive u svojem domu, sami ili sa svojim obiteljima tako da ne možemo govoriti o tome da većina starijih osoba živi u domu za starije osobe.

Tvrdnja da žene i muškarci imaju jednako očekivano trajanje života 90 % ispitanica je prepoznalo kao netočnu. Prema podacima Eurostata u svim zemljama Europe očekivana životna dob muškaraca je niža nego kod žena (Eurostat 2018). Dok žene u EU nakon 65. godine imaju očekivano trajanje života 21,2 godine, muškarci imaju 17,9 godina i ti podatci su slični u većini zemalja EU. Ne samo da žene imaju dulju očekivanu životnu dob, nego

žene imaju i veći broj godina koje će provesti u dobrom zdravlju nego muškarci i to u svim europskim zemljama, mada se na području sjeverne Europe ta razlika smanjuje (Eurostat 2017b). Znanstvenici već desetljećima pokušavaju naći razloge za tu pojavu, a oni do danas nisu do kraja razjašnjeni. Ključ vjerojatno leži u hormonalnim i genetičkim razlikama između muškaraca i žena. Ne treba zanemariti niti okolišne čimbenike kao što su loše navike i stresniji način života koji su zastupljeniji kod muškaraca, nego kod žena. Iako je danas u većini europskih zemalja sve manja razlika između očekivanog trajanja života za muškarce i žene, posebno u zemljama sjeverne Europe (Ginter i Simko 2013, 45), još uvijek žene žive dulje od muškaraca i to znaju anketirane medicinske sestre.

Među pripadnicima mlađih dobnih skupina često se može čuti stereotip da **je starijim osobama uglavnom dosadno**. To nije istinita tvrdnja i to je prepoznalo 90 % ispitanica. Starije osobe često još tijekom radnog vijeka razviju neke hobije s kojima se nastavljaju baviti i nakon umirovljenja. Pri tome je važno da su aktivnosti kojima se osoba bavi smislene i da joj pričinjavaju zadovoljstvo. U istraživanjima kvalitete života starijih osoba značajnu ulogu igraju smislene aktivnosti i sloboda u provođenju svakodnevnih aktivnosti koje su lišene užurbanosti oko obaveza radnog mjesta. Starije osobe cijene svoju slobodu i u odabiru aktivnosti i u odabiru društva i vremena druženja te najčešće navode da nemaju vremena za dosadu (Troutman-Jordan i Staples 2014, 95). Najviše problema s dosadom imaju stanovnici domova za starije i nemoćne osobe koji često referiraju dosadu kao jednu od negativnih strana smještaja u dom. Gawande navodi tri duha staračkih domova, a to su dosada, usamljenost i bespomoćnost koje je moguće eliminirati uvođenjem novih sadržaja i novih načina rada u domove (Gawande 2016, 162). Osobe koje žive u svojoj kući rijetko navode da im je dosadno, posebno ako im je funkcionalna sposobnost očuvana dovoljno da se posvete svojim hobijima i aktivnostima za koje nisu imali vremena dok su radili. Budući da je dosada čimbenik rizika za smanjenu kognitivnu rezervu i kognitivno oštećenje, često je povezana sa socijalnom izolacijom i usamljenošću (Conroy 2010, 471).

Sličan rezultat kao i prethodna, ima **tvrdnja da su sve starije osobe slične**. Budući da patronažne medicinske sestre imaju svakodnevno u skrbi starije osobe točno su odgovorile da je ta tvrdnja netočna. Naime, za ulazak u stariju životnu dob uzima se dob od 65 godina života. Kako danas starije osobe dulje žive, one mogu živjeti još 30 i više godina nakon 65. godine te dobijemo vrlo veliki raspon godina. Isto tako, tijekom života ne oblikuje nas samo dob, nego i mnogi unutarnji i vanjski utjecaji te se pod njihovim utjecajem ljudi iste dobi različito razvijaju. To je i razlog zašto može postojati velika razlika između fizičkih i psihičkih osobina ljudi iste dobi. Svaki život je jedinstven i ne postoje dva identična,

genetska obilježja, koja smo dobili rođenjem. Isti se oblikuju pod utjecajem okolinskih čimbenika kao što su prehrana, životne navike, tjelovježba, radno mjesto, obiteljsko opterećenje, stres i obilježja ličnosti (Berk 2008, 547). Zbog toga nikako ne možemo reći da su starije osobe sve slične jedna drugoj. Zapravo, zbog svih prethodnih utjecaja ljudi su u starijoj životnoj dobi različiti više nego pripadnici bilo koje druge dobne skupine.

Za tvrdnju **da sudjelovanje u volonterskim aktivnostima opada u starijoj životnoj dobi** 60 % ispitanica je odgovorilo da je neistinita. Naime, kako je u Europi odlazak u mirovinu definiran dobi od 65 godina, većina osoba odlazi u mirovinu potpuno funkcionalno sposobna te imaju potrebu svoje slobodno vrijeme pokloniti u dobrotvorne svrhe. Odlaskom u mirovinu mnoge starije osobe konačno imaju vremena baviti se svojim hobijima, ali i nekim novim aktivnostima u koje može biti uključen i rad u dobrotvornim udrugama. Pri tome češće volontiraju mlađe starije osobe, oni više obrazovani i češće žene od muškaraca. Međutim, volonterski rad rijetko počinje odlaskom u mirovinu. Najčešće su te osobe volontirale i prije odlaska u mirovinu pa su samo nastavile taj rad nakon umirovljenja (Berk 2008, 611). Budući da su starije osobe sve vitalnije i boljeg zdravlja, sve više ih se uključuje u razne volonterske aktivnosti. Prema podacima Volonterskog centra Zagreb za 2018. godinu u volontiranju je sudjelovalo 6 % osoba starijih od 60 godina, što je više nego prethodne godine kada ih je sudjelovalo 2 % (Volonterski centar Zagreb 2019). Pavelek (2013) navodi da se starije volontere može podijeliti u tri skupine: stalni volonteri – oni koji oduvijek volontiraju i nastavljaju to i u mirovini, povremeni volonteri – volontirali su u mladosti, ali su to prekinuli zbog radnih i obiteljskih obaveza i u mirovini se vraćaju volontiranju, te *trigger* volonteri – njima je odlazak u mirovinu poticaj da počnu volontirati. Starije osobe se uključuju u volontiranje zbog osobnih i altruističkih motiva. Osobni motivi su: povezivanje sa životom, zanimljive aktivnosti koje ih vesele, osobni razvoj, učenje novih vještina, želja da ostanu aktivni i korisni, korištenje vještina svojeg zanimanja, upoznavanje novih ljudi i stvaranje prijateljstava te strukturiranje slobodnog vremena. Altruistični motivi jesu pomaganje drugima, vraćanje duga društvu, prepoznavanje potreba drugih starijih osoba s kojima dijele zajedničke interese (Pavelek 2013, 55). Postoji nekoliko dobrobiti koje volontiranje donosi starijim osobama: poklanjanje svojih vještina i vremena drugim ljudima donosi osobno zadovoljstvo, a doprinosi i stvaranju socijalnog kapitala, stvaranju zdrave i uspješnije zajednice i na kraju smislenom popunjavanju slobodnog vremena (Rusac i Dujmović 2014, 282). Naime, u psihologiji je poznat fenomen koji se naziva egzistencijalni vakum, a označava stanje u kojem osoba ne vidi nikakav smisao u svojem životu. Starije osobe mogu se naći u takvom stanju nakon odlaska u mirovinu, kada im njihov privatni život

nije osmišljen i zbog toga mogu posegnuti za sredstvima ovisnosti, razviti neurozu ili čak izvršiti suicid (Frankl 2015, 94). Volontiranje može biti i protektivni čimbenik za stres uslijed preseljenja te time štiti i zdravlje starije osobe (Gonzales i sur. 2019, 41). Mnoge razvijene zemlje aktivno rade na uključivanju starijih osoba u programe volontiranja jer su osobe koje su u mirovini pouzdaniji volonteri od mlađih ljudi, ozbiljnije doživljavaju svoje zadatke i predaniji su volonterskom poslu (Rusac i Dujmović 2014, 283).

Tvrđnja da su starije osobe sretnije ako nisu u društvu nije uspjela zavarati ispitanice. Iskustveno su prepoznale da ta tvrdnja nije istinita i da starije osobe vole društvo. Ljudi su društvena bića i u svakoj životnoj dobi vole druženja i oslanjaju se na obitelj i prijatelje. U starijoj dobi socijalna podrška igra ulogu i u smanjivanju stresa što pozitivno utječe na fizičko i psihičko zdravlje. Starije osobe koje su dobroga zdravlja ne traže veliku podršku obitelji, ali im je važno da budu u kontaktu s njom, a ako su druželjubivi tada su im važna druženja s prijateljima. Kako prestaju obaveze na radnom mjestu i u obitelji s malom djecom, tako su starijim osobama sve važnija prijateljstva i upravo su odnosi s prijateljima prediktor mentalnog zdravlja kod starijih osoba (Berk 2008, 605). I Stern (2009) navodi da je druženje s drugim ljudima tijekom cijelog života važno za povećanje kognitivne rezerve, a povećanjem kognitivne rezerve smanjujemo rizik za nepovoljni utjecaj kognitivnog propadanja kod starijih osoba (Stern 2009, 2027). Druženje s vršnjacima važno je starijim osobama i mogu ga ostvariti kroz razne aktivnosti slobodnog vremena. Ples je jedna od takvih aktivnosti i u istraživanju provedenom 2013. godine sudionici naglašavaju da im ples omogućava održavanje fizičkog zdravlja. Isto tako djeluje na psihičko zdravlje jer muzika poboljšava raspoloženje, a ples kao takav im obogaćuje život te na kraju izjavljuju i socijalnu dobrobit kroz jačanje povezanosti s vršnjacima (Marasović i Blažeka Kokorić 2014, 253). Zapravo, intenzitet želje za socijalnom interakcijom isti je kod starijih osoba, kao i kod mlađih ljudi i oni se žele družiti i sa svojim vršnjacima i s pripadnicima drugih dobnih skupina, a to ostvaruju kroz razne slobodne aktivnosti (Tomečak i sur. 2014, 41). Iz toga je vidljivo da i starije osobe vole biti u društvu, ali im je to često onemogućeno zbog zdravstvenih razloga ili zbog prometne izoliranosti u ruralnim područjima.

Tvrđnja da je gerijatrija specijalizacija u medicini. Gerijatrija je relativno nova medicinska specijalizacija. Njezin razvoj je počeo otprilike prije sto godina, iako se briga o starijim osobama spominje i u antičkoj Grčkoj, Rimu i Egiptu, pa kasnije u Srednjem vijeku. Kako u to vrijeme nije bilo mnogo ljudi koji su doživjeli visoku životnu dob, nije postojao naglasak na njihovoj skrbi. Ozbiljniji razvoj gerijatrije počeo je tek krajem 19. i početkom 20. stoljeća te se tako „majkom“ gerijatrije smatra Marjory Warren koja se borila da stariji

pacijenti ne budu zanemarivani i prepušteni sami sebi. „Ocem“ suvremene gerijatrije smatra se liječnik Ignatz Leo Nascher koji je naglašavao da gerijatrija mora biti posebna medicinska specijalizacija, kao i pedijatrija, a naglašavao je i razlikovanje normalnih promjena u starenju od patologije (Mulley 2012, 227). Prema podacima iz 2014. godine u samo 16 zemalja Europske unije gerijatrija je prepoznata i postoji kao posebna specijalizacija ili subspecijalizacija unutar internističke specijalizacije. Trajanje specijalizacije je u prosjeku 3 – 5 godina i u tom području prednjače skandinavske zemlje i Velika Britanija. Naime, u Velikoj Britaniji gerijatrija kao specijalizacija postoji još od 1948. godine (Reiter i sur. 2014, 347). U Hrvatskoj je 2015. godine u Pravilnik o specijalističkim usavršavanjima (NN 116/2015) dodana i gerijatrija kao specijalizacija te je definirana prema programu koji traje pet godina, a u Sloveniji još ne postoji gerijatrija kao specijalizacija (EuGMS 2019). Iako u Hrvatskoj, prema tim podacima, postoji šest specijalista gerijatara, a u Sloveniji niti jedan zanimljivo je da su usprkos tome ispitanice iz obje zemlje navele kako im je poznato da je gerijatrija specijalizacija unutar medicine što svakako ukazuje na potrebu specijalizacije iz gerijatrije.

Tvrđnja da je zlostavljanje veliki problem u starijoj životnoj dobi. O zlostavljanju starijih osoba u posljednje vrijeme se sve više govori. Starije osobe još uvijek ne govore puno o toj temi, posebno ako su i same žrtve zlostavljanja. Diskriminacija na osnovi dobi je najčešće zabilježena diskriminacija u Europi, mnogo je češća nego diskriminacija na osnovu spola ili rase (Ray i Robinson 2011, 14). Izraz „ageizam“ prvi je upotrijebio Butler još 1969. godine kao izraz koji označava predrasude jedne dobne skupine prema drugoj samo zbog dobi, a najčešće je usmjeren na pripadnike starije životne dobi (Butler 1969, 243). Nakon toga počelo se intenzivnije govoriti o diskriminaciji i zlostavljanju starijih osoba. Kao posljedica predrasuda mogu se javiti diskriminacija i na kraju zlostavljanje osoba koje pripadaju određenoj dobnoj skupini. Ne postoji jedinstvena definicija zlostavljanja, ali u literaturi se zlostavljanje dijeli na četiri podgrupe: tjelesno zlostavljanje, psihičko zlostavljanje, financijsko zlostavljanje i zanemarivanje kao poseban oblik zlostavljanja. Neki izvori navode i seksualno zlostavljanje, dok u nekim izvorima ono spada u fizičko ili tjelesno zlostavljanje. U svjetskoj literaturi navode se podatci da od 3 % do 7 % svih starijih osoba prijavljuje zlostavljanje, međutim, isto tako se navodi da to nije stvarna brojka jer veliki dio tih incidenata žrtve ne prijavljuju (Berk 2008, 607). U Hrvatskoj nije rađeno mnogo istraživanja na temu zlostavljanja starijih osoba. Ajduković i suradnici (2008) provele su istraživanje na razini grada Zagreba o izloženosti nasilju starijih osoba u obiteljima. Dobiveni rezultati svakako su zabrinjavajući: od 303 starije osobe koje su

sudjelovale u istraživanju, njih 61 % izjavilo je da su bili izloženi nekoj vrsti nasilja unutar vlastite obitelji. Od toga njih 24 % doživjelo je psihičko nasilje, materijalno zlostavljanje njih 6 % te tjelesno zlostavljanje njih 4 %. Najčešći zlostavljači su supružnici, a nakon toga odrasla djeca, dakle najbliža obitelj (Ajduković i sur. 2008, 16). Čini se da se veći naglasak stavlja na pojavu zlostavljanja u ustanovama za zbrinjavanje starijih osoba. Vjerojatno zbog lakše dostupnosti podataka, istraživanja su pokazala da su pod većim rizikom za zlostavljanje starije osobe s demencijom, ženskog spola, s teškim dijagnozama i ovisne o pomoći druge osobe. Također, zlostavljanje je češće u ustanovama s puno smještenih osoba, s malo preopterećenog osoblja te se dovodi i u vezu sa sindromom sagorijevanja kod osoblja. U ustanovama je najčešći oblik zlostavljanja zanemarivanje, zatim verbalno zlostavljanje te nešto manje financijsko i seksualno zlostavljanje (Lachs i Pillemer 2015, 1954). U istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji 2015. godine u sklopu nacionalnog istraživanja *Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE)* u kojem su sudjelovala devedeset i dva doma za starije osobe, autori su došli do rezultata da je u devedeset i jednom domu zabilježen neki oblik zlostavljanja starijih osoba. Najčešći oblik zlostavljanja je neodazivanje na poziv starije osobe, izbjegavanje starijih osoba s izazovnim ponašanjem, ne ostavljanje dovoljno vremena za jelo te neprimjereno premještanje nepokretnih korisnika (Cooper i sur. 2018, 7). To je bilo do sada najveće istraživanje o zlostavljanju starijih osoba u Europi. Usporedba institucijskog i izvaninstitucijskog smještaja za starije osobe otkrila je da institucije ipak nude određenu razinu zaštite starijim osobama od fizičkog i financijskog zlostavljanja, ali nema razlike u riziku za psihičko zlostavljanje i zanemarivanje. To je i jedno od rijetkih istraživanja o zlostavljanju starijih osoba provedeno u Sloveniji (Habjanič i Lahe 2012, 268). Budući da patronažne sestre dolaze u dom starijih osoba, važno je da znaju prepoznati znakove zlostavljanja u obitelji. Takvo nasilje se rijetko prijavljuje jer starija osoba osjeća sram, misli da se ništa ne može promijeniti, osjeća strah te se boji da će situacija postati još gora ako nasilje prijavi. U ovom istraživanju većina ispitanica je navela kako znaju da je zlostavljanje starijih osoba značajan problem u državi u kojoj je rađeno istraživanje (upitnik je bio prilagođen), stoga možemo računati na to da će moći prepoznati neželjena ponašanja prema starijim osobama.

Tvrđnju da **je starijim osobama potrebno dulje vrijeme da se oporave od stresa** čak je 96 % ispitanica prepoznalo kao točnu. Zbog starenja dolazi do niza promjena u funkcioniranju organizma pa tako dolazi i do promjena u funkcioniranju živčanog i endokrinološkog sustava koji su uključeni u reakcije na fizički i psihički stres. Zbog toga su starije osobe podložnije nepovoljnim reakcijama na stres. Stres je stanje do kojeg dolazi kada

pojedinaac ne može ispuniti prevelike zahtjeve koje pred njega postavlja njegova okolina ili on sam. To je poremećaj tjelesne i psihičke ravnoteže organizma, a njime je zahvaćen organizam u cijelosti. Poznato je da se u stresu luči hormon kortizol koji priprema organizam na stres. Kod starijih osoba taj hormon dugoročno može imati nepovoljan utjecaj na već postojeće zdravstvene poremećaje. Dokazano je i da stres, upravo zbog fizioloških i psiholoških utjecaja koje ima na organizam, dovodi do skraćanja telomera te je to dokaz da skraćuje životni vijek, a postoje i dokazi da dovodi do opadanja kognitivnih funkcija. Uostalom, stres se nalazi u popisu rizičnih čimbenika za gotovo sve kronične bolesti (Aronson i sur. 2005, 510; Havelka i Havelka Meštrović 2013; Ouanes i sur. 2017, 7). Starije osobe doista drugačije reagiraju na stres od mlađih osoba i na njih stres ima drugačije učinke s obzirom na to da nemaju tako dobre biološke reakcije na stres i kapaciteti za suočavanje sa stresom su im smanjeni (Schaie i Willis 2001, 426). Stres je najčešće povezan s gubitkom kontrole i iznenadnom promjenom što znači da ga izazivaju događaji na koje često nemamo utjecaj (Aronson i sur. 2005, 510). Još 1967. godine su Holmes i Rahe osmislili Skalu socijalne prilagodbe u kojoj su rangirali životne događaje koji izazivaju stres i dodijelili im „jedinice životne promjene“. Što je više jedinica životne promjene to bi osoba trebala više biti pod stresom. Među prvih deset događaja s najvećim brojem jedinica su četiri koje su česte u starijoj životnoj dobi: gubitak bračnog partnera, smrt bliskog člana obitelji, vlastita bolest ili ozljeda i umirovljenje (Holmes i Rahe 1967, 214). Budući da se određeni stresori ne mogu izbjeći u starijoj dobi, važno je znati da je starijim osobama potrebno dulje vrijeme da bi se oporavili od stresa, te ih se eventualno može uputiti u metode suočavanja sa stresom i pružiti im podršku kada im je potrebna.

Većina anketiranih patronažnih medicinskih sestara, njih 71 %, odgovorila je i **da se starije žene više brinu o svojem zdravlju nego muškarci**. Nije to samo slučaj u starijoj dobi. Tijekom cijelog života žene uglavnom više paze na svoje zdravlje i zdravlje obitelji negoli to rade muškarci. Razlog za to su i tradicionalne uloge u kojima se žena brine za obitelj, a muškarac mora biti snažan i zdrav kako bi mogao osigurati egzistenciju obitelji. Istraživanja također pokazuju da postoji razlika u brizi za zdravlje između muškaraca i žena. Ne samo da muškarci i žene tijekom života ne obolijevaju od istih bolesti, nego postoje razlike i u zdravstvenom ili nezdravstvenom ponašanju jednih i drugih te to treba uzeti u obzir prilikom tretmana i terapija koje se preporučuju jednima i drugima. Osim što se često bave poslovima i aktivnostima koje mogu oštetiti zdravlje, muškarci su skloniji tome da ne slijede upute zdravstvenog osoblja dok su žene sklonije zdravijim stilovima života i dosljednijem praćenju uputa. Potvrđeno je da bi muškarci mogli prevenirati 70 % svojih bolesti kada bi više pazili

na zdravlje i redovno obavljali liječničke preglede (Regitz Zagrosek 2012, 596). Žene češće posjećuju svojeg liječnika nego muškarci, bilo zbog fizičkih bilo zbog psihičkih tegoba. Također, mlađe osobe češće dolaze kod liječnika obiteljske medicine zbog psihičkih problema, dok u starijoj životnoj dobi ljudi naglasak stavljaju na neka tjelesna kronična stanja (Thompson i sur. 2016, 5). Uostalom, očekivano trajanje života za žene je u svim Europskim zemljama duže nego za muškarce i to nije samo zbog genetske ili hormonalne predispozicije, nego i zbog stila života i navika (World Health Organization 2019). Naravno da će se navike održavanja i brige za dobro zdravlje stečene u mladosti nastaviti i u starosti, te će stoga i starije žene više brinuti o svojem zdravlju nego stariji muškarci.

Tvrdnja **da starije osobe odlaze u dom za starije osobe samo zbog toga što nemaju podršku obitelji** također je netočna i 67 % ispitanica je to prepoznalo. Istraživanja su pokazala da starije osobe najveću podršku imaju baš od strane članova obitelji i da su najčešće članovi obitelji neformalni njegovatelji starijih roditelja ili supružnika (Jedvaj i sur. 2014). Međutim, kada je funkcionalna sposobnost starije osobe toliko narušena da više ni članovi obitelji ne mogu nositi teret skrbi, tada starije osobe najčešće budu smještene u dom za starije osobe. Tu ponovo veliku ulogu imaju današnji način života u kojem su svi radnoaktivni članovi obitelji zaposleni te ne postoji mogućnost brige za stariju osobu. Također, ako su u pitanju supružnici, funkcionalna sposobnost supružnika je isto narušena i ne mogu brinuti za partnera. U istočnoeuropskim i južnoeuropskim zemljama, uglavnom se odrasle kćeri brinu za ostarjele roditelje vezane tradicionalnom obiteljskom obvezom i nedostatno razvijenom mrežom formalne skrbi, dok u skandinavskim zemljama tu ulogu, u većini slučajeva, preuzimaju formalni, školovani i plaćeni njegovatelji (Crespo i Mira 2014, 695; Naldini i sur. 2016, 6). U svakom slučaju, ne možemo reći da danas starije osobe moraju ići u dom jer nemaju podršku obitelji. Najčešće odlaze u dom jer podrška obitelji ne zadovoljava potrebe njihovog sve lošijeg zdravstvenog stanja i nemogućnosti obitelji da pruži adekvatnu zdravstvenu njegu starijoj osobi. Istovremeno, u sjevernoeuropskim zemljama razvijeni su formalni sustavi skrbi za starije osobe u kući, ali i tamo se, iako u manjoj mjeri, starije osobe oslanjaju na neformalne njegovatelje. Stoga, zaključak je istraživanja provedenog 2018. godine o oblicima skrbi za starije osobe u Europi bio da su neformalni njegovatelji stalna podrška formalnim oblicima skrbi za starije osobe, bez obzira na to radi li se o bogatim zemljama ili zemljama sa slabijim prihodima (Eikemo 2018, 433). U većini slučajeva ne izostaje podrška obitelji starijim osobama bez obzira na to žive li s njima ili žive samostalno. Sve starije osobe željele bi živjeti samostalno koliko je to god moguće, ali često su okolnosti takve da to nije ostvarivo. U takvim slučajevima uskaču

neformalni njegovatelji, a kada zahtjevi skrbi počnu prelaziti njihove kapacitete moraju posegnuti za institucionalnim oblicima skrbi. Slična tvrdnja je i da starije osobe žele ići u dom za starije i nemoćne osobe i to su gotovo sve sudionice istraživanja prepoznale kao netočnu tvrdnju. Starije osobe, koliko dugo mogu, žele boraviti u vlastitom domu, pa čak i po cijenu smanjene kvalitete života u nekim aspektima te što duže odgađaju odlazak u dom za starije i nemoćne. Postoji dio starijih osoba koje se u svojoj kući osjećaju usamljeno ili nesigurno zbog nedostatka pomoći u kući i žele ići u dom, ali većina starijih osoba željela bi što duže živjeti u svojem domu. Kada uspoređujemo kvalitetu života starijih osoba koje žive u svojoj kući ili u domu za starije osobe, postoji nekoliko elemenata koje autori obično uspoređuju: funkcionalna sposobnost, kvaliteta života, sklonost depresiji i neovisnost. Istraživanje provedeno 2010. godine pokazalo je da je za smještaj u dom za starije i nemoćne osobe, snažniji i češći prediktor mentalni status od fizičkog statusa. Drugim riječima, kognitivno propadanje starije osobe češći je razlog od fizičkog oštećenja za smještaj u dom za starije i nemoćne osobe (Tomek – Roksandić i sur. 2010, 844). Čak i kod osoba koje imaju kognitivni poremećaj kao što je demencija pokazalo se da imaju višu kvalitetu života kod kuće, nego u ustanovi te i to dovodi u pitanje smještaj starijih osoba u dom (Olsen i sur. 2016, 9). Kako bi život starijim osobama u domu za starije i nemoćne osobe učinili što kvalitetnijim, osnivači domova u njih uvode nove sadržaje. Jana Mali je u velikom istraživanju u domovima za starije i nemoćne osobe u Sloveniji 2018. godine definirala inovacije koje uvode domovi kako bi život starijih osoba bio što kvalitetniji. Autorica ih je podijelila u tri grupe: prva grupa su socijalne inovacije (edukacijski programi, radionice za starije osobe, sobe za opuštanje, dostupnost interneta i slično). Druga grupa inovacija su inovacije u socijalnim uslugama (individualni pristup, antistres programi, zasebna domaćinstva, mjesečni rasporedi aktivnosti, različiti pristupi u socijalnom radu, zastupanje i slično), a treća grupa su inovacije od strane doma za starije osobe (privremena njega, dnevni boravak, dostava obroka, pedikerske i frizerske usluge, stvaranje domaćeg okruženja, uključivanje korisnika u planiranje aktivnosti) (Mali 2019, 213). Kako se povećava broj starijih osoba u društvu, a istovremeno se smanjuje udio mladih ljudi koji bi se mogli brinuti o svojim ostarjelim članovima obitelji, potrebno je razmišljati i o podizanju kvalitete usluga u institucionalnoj skrbi. Međutim, iako neki domovi za starije osobe sada već više slične hotelima nego domovima, starije osobe još uvijek radije ostaju u svojoj kući što je duže moguće, pa čak i po cijenu slabije kvalitete života. Istraživanja pokazuju da većina starijih osoba živi aktivno i što dulje žele ostati aktivni, a negativni događaji do kojih može doći u starijoj dobi, kao što su smrt prijatelja ili odvajanje od djece, ne pogađaju ih toliko da bi im

narušili kvalitetu života (Kalfoss 2017, 242). U istraživanju kvalitete života starijih osoba iz njihove perspektive autori su došli do zaključka da starije osobe izuzetno važnom stavkom za svoju kvalitetu života smatraju život u vlastitom domu i da to često stavljaju ispred zdravstvenog stanja, a paralelno sa socijalnim odnosima koje imaju u donosu na obitelj i susjedstvo (van Leeuwen i sur. 2019, 30). Za većinu starijih osoba ostanak u vlastitom domu predstavlja slobodu da sami organiziraju svoj dom i provođenje slobodnog vremena sukladno afinitetima (Berk 2008, 591), ali takav život može i rezultirati socijalnom izolacijom i smanjenom sigurnošću u slučajevima kada je osoba teže pokretna (Victor 2005, 169). Istraživanje iz 2016. godine pokazalo je da su starije osobe puno zadovoljnije ako mogu živjeti u svojoj kući, ali su zabrinute zbog troškova koji pri tome nastaju jer izvaninstitucijska skrb, financirana od strane države ili lokalne vlasti, nije razvijena dovoljno da bi mogla pokriti sve potrebe starijih osoba te često moraju sami financirati pomoć u kući ili se oslanjati na obitelj ili susjedstvo (Dobner i sur. 2016, 206). U svakom slučaju, kada se postavlja pitanje odabira gdje će starija osoba živjeti potrebno je u donošenju odluke uključiti i nju te poštovati želje i mogućnosti starije osobe.

Nadalje, na dio tvrdnji oko polovice ispitanika je dalo jedan odgovor, a ostali drugi, što znači da je znanje vezano za te tvrdnje manjkavo.

Za tvrdnju da je starijim osobama teško naučiti nešto novo pola je anketiranih medicinskih sestara odgovorilo da je netočna i možemo reći da su i one koje su odgovorile da je ta tvrdnja točna podlegle uvriježenom stereotipu o starijim osobama. Naravno da učenje u starijoj dobi traži neke nove načine usvajanja znanja, već i zbog fiziologije našeg živčanog sustava. Starije osobe su nešto manje otvorene za nova iskustva, ali su zato sistematičnije u usvajanju novih znanja (Błachnio i Buliński 2013, 678). Naime, u starijoj dobi slabe funkcije namjernog procesiranja informacija dok se automatsko pamćenje značajno ne mijenja. Iako neke starije osobe i same vjeruju u stereotip da ne mogu naučiti nove stvari, većina njih sama sebe opovrgava korištenjem računala, pametnih telefona i sličnih modernih komunikacijskih pomagala, a u novije vrijeme jako su popularni programi cjeloživotnog učenja. Tako u Zagrebu i Rijeci već niz godina postoje Sveučilišta za treću životnu dob s nizom programa za edukaciju starijih osoba. Zanimljivi su motivi starijih osoba da se uključe u edukaciju: na prvom mjestu je učenje novih stvari, a na drugom želja da nauče nešto što nisu stigli dok su radili. Socijalni motivi, kao što su upoznavanje novih ljudi i druženje nisu visoko na listi prioriteta većine polaznika (Čurin 2018, 29). I ne samo da učenje u trećoj dobi pomaže starijim osobama da nauče nešto novo, nego im omogućava da i sami prevladaju stereotip o nemogućnosti učenja u starijoj dobi što im može pomoći da podignu samopouzdanje i da

svoj život učine kvalitetnijim (Berk 2008, 579). To zapravo opovrgava stereotip da starije osobe ne mogu i ne žele učiti nove stvari i u tom smjeru treba educirati zdravstvene i sve druge kadrove koji rade sa starijim osobama.

Za to je vezana i **tvrdnja da je gubitak pamćenja normalan u starenju** za koju gotovo polovica sudionica istraživanja zna da je istinita. Gubitak pamćenja u starijoj životnoj dobi je normalan u određenom stupnju. Starenjem se otežava namjerno pamćenje i primanje novih informacija, međutim automatsko pamćenje ostaje dobro. Poteškoće s pamćenjem vidljive su u izvođenju radnih zadataka zbog smanjenog kapaciteta da se informacija zadrži u radnoj memoriji. Nakon 60-e godine života dolazi do smanjivanja broja neurona u kori velikog mozga, različito u različitim područjima mozga (Berk 2008, 549). Uzrok tih promjena nije do kraja razjašnjen, ali smatra se da ulogu u tome ima stres, fizičke bolesti, uzimanje raznih lijekova te promjene u mozgu koje su uzrokovane starenjem. U prevenciji može pomoći fizička aktivnost, kretanje na svježem zraku, pravilna prehrana i učenje novih stvari koje razvijaju neuroplastičnost mozga i pozitivno aktiviraju hipokampus koji je centar za spremanje sjećanja (Stern 2009, 2017). Pozitivan učinak na plastičnost mozga i očuvanje kognitivnih funkcija ima tjelovježba i to kontinuirana, blaga do umjerena (Duzel i sur. 2016, 667). Možemo navesti nekoliko posljedica koje predrasuda da starije osobe ne mogu učiti može imati na zdravstveno ponašanje: zdravstveno osoblje ni ne pokušava stariju osobu naučiti kako koristiti neko medicinsko pomagalo što dodatno snižava samopouzdanje starije osobe, a u konačnici može dovesti do naučene ovisnosti o drugoj osobi i naravno, do sve veće nesamostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života.

Tvrdnja da se kapacitet mokraćnog mjehura smanjuje s dobi i uz to se povećava iritabilnost mokraćnog mjehura, ispitanice je podijelila. Uz navedene promjene mogu se javiti češće kontrakcije prilikom punjenja mokraćnog mjehura, a često je i nepotpuno pražnjenje pa starije osobe moraju češće mokriti (Touhy i Jett 2014, 152). Za tu je tvrdnju malo više od pola anketiranih medicinskih sestara izjavilo da je točna, što ukazuje na nedostatak edukacije i u tom području. Ako je promjenama na mokraćnom mjehuru pridružena još i neka druga bolest, lijekovi koji imaju diuretički učinak, kognitivni deficit ili prostorna udaljenost do toaleta, tada se kao posljedica može razviti urinarna inkontinencija. Ako patronažne medicinske sestre nemaju dovoljno znanja o fiziološkim promjenama mokraćnog sustava starijih osoba, neće moći ni predložiti mjere za prevenciju ili za smanjenje problema što dugoročno može imati utjecaj na samostalnost, samopoštovanje i socijalnu izolaciju starije osobe.

Vezana za tu tvrdnju je i tvrdnja **da starenje ne utječe na funkciju bubrega** za koju je 65 % sudionica izjavilo da je netočna. Kao i svi ostali organi tako i bubrezi doživljavaju promjene koje nastupaju uslijed starenja. U prvom redu to je smanjenje broja nefrona čiji broj pada te se tako smanjuje bubrežna filtracija. Krvne žile koje opskrbljuju bubrege također postaju tvrđe što usporava protok krvi kroz njih. Usporena eliminacija lijeka kroz bubrege, zbog smanjene glomerularne filtracije, dovodi do produljenja poluživota lijeka ili produljenja vremena koje je potrebno da se lijek eliminira iz krvotoka što za posljedicu može imati nakupljanje lijeka u organizmu i potencijalne toksičnosti. Bubrežna funkcija je vrlo individualna i potrebna je kontrola klirensa kreatinina da bi se moglo procijeniti kakva je bubrežna funkcija i postoji li opasnost za toksičnost lijekova (Touhy i Jett 2014, 112). Patronažne medicinske sestre morale bi znati koji lijekovi su opasni u slučajevima kada bubrežna funkcija nije u fiziološkim granicama te stariju osobu upozoriti na upotrebu lijekova i eventualno predložiti prilagođavanje doze.

Jedna od tvrdnji koja je izazvala nedoumicu kod ispitanica **je da umirovljenje determinira zdravlje, odnosno da ljudi ubrzo nakon umirovljenja umru** ili im se značajno pogorša zdravstveno stanje. Ta tvrdnja je zapravo materijal za raspravu. Naime, istraživanja rađena na tu temu pokazala su dvojake rezultate. Umirovljenje je dio suvremenog načina života. U prošlim vremenima ljudi su radili koliko su mogli i što su mogli, toliko dugo koliko su mogli. Danas odlaze u mirovinu zbog svoje kronološke dobi (Pečjak 2001, 94). Neki ljudi nakon umirovljenja žive dugo i kvalitetno, a neki doista vrlo brzo počnu zdravstveno propadati. Iako se događa da se zdravstveno stanje pogorša nakon umirovljenja, to je najčešće zbog ranije razvijene bolesti zbog koje je osoba i umirovljena. Većina studija ukazuje na to da je umirovljenje pozitivno djelovalo na zdravlje pojedinca zbog smanjenja stresa i da je nakon umirovljenja kod većine starijih osoba došlo do poboljšanja ili stabiliziranja zdravstvenog stanja, poboljšanja mentalnog zdravlja i povećanja životnog zadovoljstva, a samim tim i do povećanja subjektivne kvalitete života (Coe i Zamarro 2011, 85; Van der Heide i sur. 2013, 10; Gorry i sur. 2018, 2084). U postavljanju uzročno-posljedičnih veza između umirovljenja i lošijeg zdravlja treba biti oprezan. Naime, mnogo starijih osoba odlazi u mirovinu zbog oštećenog zdravlja, a zdravlje im ne postaje lošije zbog toga što su u mirovini. Većina ljudi se dobro prilagođava na umirovljenje, posebno ako odlaze sa stresnog posla, ako su sami donijeli odluku o umirovljenju i pripremali se na nju, ako su u braku koji dobro funkcionira te imaju dobru socijalnu podršku (Berk 2008, 610). Međutim, umirovljenje je visoko na Skali socijalne prilagodbe Holmesa i Rahe (1967) i navodi se kao izvor stresa za starije osobe, ali treba vidjeti u kojim okolnostima se odvija (Holmes i Rahe 1967, 214). Za osobe

koje nisu voljele svoj posao, umirovljenje je blagoslov. Međutim, ako je osoba živjela za svoj posao, tada to može za nju biti priličan šok, posebno ako se nije pripremila za umirovljenje organiziranjem svojeg slobodnog vremena (Pečjak 2001, 93). Zbog toga se u razvijenim zemljama sve više provode programi pripreme budućih umirovljenika na umirovljenje ili se ostavlja mogućnost postepenog odlaska u mirovinu ako to osoba želi. Na taj način se smanjuje šok zbog prestanka obaveza koje je osoba imala dok je bila zaposlena i pomaže im se strukturirati i organizirati slobodno vrijeme.

Tvrdnja da **starije osobe postaju s godinama sve religioznije** točnija je nego što mislimo. Anketirane medicinske sestre su oko ove tvrdnje bile podijeljene i njih 55 % je ispravno odgovorilo da je tvrdnja točna. Prvo je potrebno razjasniti razliku između religioznosti i duhovnosti. Religioznost je kategorija vezana za rituale i vjerovanja vezana za neku vjeru i Boga, dok je duhovnost čovjekova veza s njegovom transcendencijom i ne mora biti vezana za religioznost, ali religioznost može biti dio duhovnog bića. Neki autori tvrde da su duhovnost i religioznost zanemarene kategorije u zdravstvenoj njezi. Iako imaju sposobnost prepoznati duhovne potrebe pacijenta, medicinske sestre ih često zanemaruju dok pacijent sam ne zatraži neki od religijskih rituala (Clarridge 2013, 139). Smatra se da starije osobe razvijaju zreliji osjećaj duhovnosti, a to se često manifestira kroz religioznost i traženje dubljeg smisla života (Berk 2008, 587). Štambuk (2017) navodi da se i u medicini i u socijalnom radu uz fizičku, psihičku i socijalnu dimenziju čovjeka, sve više spominje duhovna dimenzija te bi stručnjaci na tim područjima trebali biti educirani kako bi prepoznali potrebe korisnika (Štambuk 2017, 148). Duhovnost može pomoći starijim osobama u prevladavanju svakodnevnih životnih poteškoća, a religijske aktivnosti mogu biti izvor socijalne podrške (Young i sur. 2009, 90). Potrebno je i naglasiti da duhovnost i religioznost nisu istoznačnice. Religioznost je samo jedan dio duhovnosti, a duhovnost je puno širi pojam koji se kod starijih osoba često manifestira kroz religioznost. Viktor Frankl, začetnik treće bečke škole psihoterapije, smatra da svaki čovjek uz fizičku, psihičku i socijalnu ima i duhovnu dimenziju. Frankl smatra da je najvažnija pokretačka sila čovjeka volja za smislom (Frankl 2015, 99). U vrijeme kada je osoba izložena bolesti ili patnji, a to je češće u starijoj dobi, prirodno je da si postavlja pitanja smisla života i svrhe postojanja (Clarridge 2013, 137). Coleman (2010) navodi da se u SAD-u i u Europi bilježi veći stupanj religioznosti kod osoba starije životne dobi. Religioznost u starijoj životnoj dobi doprinosi zdravim stilovima života, poštovanju prema vlastitom tijelu i osjećaju koherencije i smisla života (Coleman 2010, 172). Isto tako, u vjerskim zajednicama starije osobe pronalaze socijalnu podršku i zadovoljavaju potrebu za druženjem. Vrlo stare osobe, iako možda

nemaju mogućnosti sudjelovati u formalnim procedurama religioznosti zbog ograničenja u kretanju i nedostupnosti religijskih objekata, provode vrijeme u neformalnim religijskim aktivnostima u vlastitom domu (Schaie i Willis 2001, 302; Berk 2008, 587). Dokazano je da religijske procedure pomažu starijim osobama u suočavanju s patnjom i bliskom smrću te da starije osobe koje su religiozne lakše podnose teškoće koje donosi starost, a osjećaju i manje anksioznosti vezane za završetak života (Coleman 2010, 173). Medicinske sestre bi trebale prepoznati religijske potrebe starijih osoba, ako ih imaju i pomoći im da ostvare korake u prakticiranju religijskih rituala ako to žele. Međutim, ako medicinska sestra nema razumijevanja za svoje i tuđe duhovne potrebe, ona će izbjegavati razgovor o toj temi i neće moći prepoznati anksioznost kod pacijenta zbog neriješenih pitanja smisla i svrhe života (Clarridge 2013, 148). Važno je da patronažne medicinske sestre prepoznaju svoje duhovne potrebe i potrebe svojih pacijenata kako bi ih mogle uputiti u pravom smjeru prema rješavanju eventualnih problema.

Tvrđnja koja je podijelila ispitanice je i ona **da danas bake i djedovi preuzimaju manje odgovornosti za unuke**, nego što je to bilo nekad. Istina je da danas ima mnogo manje višegeneracijskih obitelji, da malu djecu više ne čuvaju bake i djedovi jer oni još uvijek mogu biti u radnom odnosu, za razliku od prošlih vremena kada su uglavnom muškarci radili, a supruge, odnosno bake bile kod kuće. Odnos baka i djedova i njihovih unuka je najčešće poseban. Bake i djedovi uglavnom vole provoditi vrijeme s unucima i prenositi im svoja iskustva i znanja, a pri tome nemaju odgovornost kao što su imali kod odgoja svoje djece. Isto tako, bake i djedovi ne očekuju od svojih unuka da se brinu za njih jer je to „zadatak“ djece tako da je odnos baka, djedova i unuka često opušteniji, nego onaj ostarjelih roditelja i njihove odrasle djece (Berk 2008, 607). Odnos baka i djedova prema unucima i obrnuto promijenio se tijekom vremena. U višegeneracijskim obiteljima bake i djedovi preuzimali su brigu o unucima ako su roditelji bili zaposleni, a danas možemo vidjeti nešto drugačiju situaciju. Schaie i Willis (2001) navode tri tipa odnosa baka i djedova s unucima: formalni tip gdje će bake i djedovi rado „uskočiti“ djeci za čuvanje unuka, ali se neće miješati u odgoj, zabavljački koji obilježava mlađe bake i djedove, gdje je odnos s unucima veseo i neopterećen, te hladan u kojem bake i djedovi posjećuju unuke za praznike i rođendane, ali nemaju neki topao odnos s njima. Najčešći je formalni oblik odnosa (Schaie i Willis 2001, 158). Neke bake rado preuzimaju brigu za unučad kada su roditelji na poslu, ali neke smatraju da to nije njihov posao i cijene svoju samostalnost te ne žele imati obavezu čuvanja unuka (Dunifon i Bajracharya 2012, 14). Odnosi baka i djedova s unucima ovise o nekoliko čimbenika. U prvom redu to je kvaliteta odnosa roditelja djece s bakama i djedovima koji

imaju direktan utjecaj na odnos baka i djedova s unucima. Zatim, taj odnos je povezan sa zdravstvenim stanjem baka i djedova. Bake uglavnom imaju bolji odnos s unucima nego djedovi i radije preuzimaju obavezu čuvanja unuka, tako da je i spol vezan za kvalitetu odnosa (Arránz Becker i Steinbach 2012, 559). Naravno, postoje situacije kada bake i djedovi posve preuzimaju odgoj svoje unučadi u slučajevima smrti ili nesposobnosti roditelja. U takvim kriznim situacijama većina rado prihvaća tu ulogu, ali i tu se vide razlike u odnosu na odgoj vlastite djece: popustljivost, neopterećenost detaljima i, iako je to emocionalni, socijalni i zdravstveni izazov za njih, nitko od njih ne žali što su preuzeli tu obvezu (Sampson i Hertlein 2015, 90). U okolnostima današnjeg vremena kada su bake i djedovi još zaposleni logično je da se stječe dojam da preuzimaju manje obaveza brige o unucima nego što su to preuzimali nekad, ali to nije zbog toga što ne žele, nego zbog novih okolnosti koje nameće moderno društvo. Danas je za većinu djece organiziran predškolski odgoj u odgovarajućim ustanovama i roditelji uglavnom daju prednost predškolskom odgoju u odnosu na „baka servis“. Bake i djedovi uglavnom „uskaču“ mladim obiteljima na pomoć u kriznim situacijama, kada npr. dijete ne može u vrtić zbog bolesti ili kada treba pričuvati djecu jer roditelji idu na put. Međutim, današnje generacije baka i djedova vole biti slobodni i bez obaveze čuvanja unuka, ako postoji drugo rješenje. Tako možemo reći da današnje bake i djedovi doista preuzimaju manje obaveze oko unuka, ali to nije inicirano samo s njihove strane, nego je taj stav trend u današnjem društvu.

Izjava koja je također podijelila anketirane patronažne medicinske sestre je izjava da **starost doista počinje u dobi od 65 godina i da su istraživanja to i potvrdila**. Kod te tvrdnje ispitanice su se u istom broju opredijelile za i protiv. Prema definiciji Ujedinjenih naroda starijima se smatraju osobe starije od 60 ili 65 godina života. Ta dob je često vezana i za dob umirovljenja, a i nastavni materijali u edukaciji medicinskih sestara navode tu dob kao granicu od koje počinje starija dob bez detaljnijeg objašnjenja zbog čega je to tako. Dob od 65 godina je kronološka dob i postavljena je zato da bi se lakše i jasnije mogao pratiti trend starenja u svijetu. Zapravo, starenje je individualan proces i svaka osoba stari drugačije pa će neke osobe biti stare već s 40 godina, a neke će biti mladolike sa 70 godina. Mjerenje starenja prema kronološkoj dobi postaje zastarjela metoda i danas se sve više koristi mjerenje starosti prema preostalim godinama života, odnosno prema ovisnosti osoba kako stare i taj pokazatelj raste sporije nego pokazatelj kronološke dobi u svijetu (United Nations, Department of Economic and Social Affairs 2019, 7). Kronološka dob ne prati promjene u funkciji organizma, odnosno ljudi biološki stare različitom brzinom i zbog toga se funkcionalna dob često ne poklapa s našom idejom kako bi neka, kronološki stara, osoba

trebala izgledati i funkcionirati (Berk 2008, 597). Uz to su ljudi često opterećeni stereotipima o starijim osobama po kojima je starost obilježena kroničnim bolestima, nemoći, kognitivnim propadanjem i ovisnošću o drugim osobama. To se pokazalo i u ovom istraživanju jer je 50 % ispitanica uvjerenjeno da su istraživanja doista pokazala da starenje počinje u dobi od 65 godina i da je za očekivati da osobe od 65 godina i starije pokazuju obilježja koja se vežu za stariju dob, a to su bolest, nemoć i ovisnost o drugim osobama. Međutim, svjedoci smo da to u većini slučajeva nije tako i da osobe od 65 godina mogu biti vitalne i prilično zdrave te im ne treba pomoć drugih osoba (Schaie i Willis 2001, 103). Iako genetika ima utjecaj na brzinu starenja, nije presudna u očuvanju funkcionalne sposobnosti. Svjetska zdravstvena organizacija razlikuje pojmove intrinzičnog kapaciteta i okolišnih čimbenika u oblikovanju funkcionalne sposobnosti svakog čovjeka. Intrinzični kapacitet definira kao „mješavinu svih fizičkih i mentalnih snaga svake osobe“ (World Health Organization 2015, 29). Okolišne čimbenike uključuje sve iz čovjekove okoline što utječe na njegov život: od mikrorazine pa do makrorazine: dom, uža zajednica, društvo u cjelini (World Health Organization 2015, 28). Intrinzični kapacitet i okolišni čimbenici čine funkcionalnu sposobnost svake osobe koju Svjetska zdravstvena organizacija definira kao „čimbenike povezane sa zdravljem svakog pojedinca koji mu omogućuju da bude to što jest i da radi to što radi, a da se pri tome osjeća vrijedno te su kombinacija intrinzičnog kapaciteta i okolišnih čimbenika i njihove međusobne interakcije i pojedinca“ (World Health Organization 2015, 30). Zanimljivo europsko istraživanje o ageizmu provedeno je 2009. godine u 31 europskoj zemlji. Na pitanje *Kada završava mladost?* u svim zemljama odgovori su se rasporedili između 51 godine u Grčkoj i 34 godine u Norveškoj, dok se za početak starosti navodi 68 godina u Grčkoj do 55 godina u Turskoj. Ispitanici iz Hrvatske i Slovenije dali su odgovor da starost počinje sa 64 godine u Sloveniji, odnosno sa 60 godina u Hrvatskoj. Prosjek za sve europske zemlje koje su sudjelovale u istraživanju je bio da mladost završava s 40 godina, a starost počinje u dobi od 62 godine (Abrams i sur. 2011, 18). Prema tome, doživljaj početka starosti je vrlo individualan i stavljanje svih osoba starijih od 65 godina „u isti koš“, zanemarujući individualne razlike u njihovoj funkcionalnoj sposobnosti, može biti opasno za provođenje zdravstvene skrbi, a i u pristupu starijoj osobi ako se unaprijed bez pravog uvida polazi iz stereotipa da je ona nemoćna i ovisna o pomoći druge osobe samo zato što je u određenoj dobi.

Na kraju, izdvojene su tvrdnje na koje je većina ispitanica dala netočan odgovor te su teme pokriven tim tvrdnjama putokaz za stvaranje novog edukativnog materijala za zdravstvene radnike.

Tvrdnja za koju je veliki broj patronažnih medicinskih sestara izjavio da je točna, iako je neistinita, je **da se osobnost s godinama promijeni**. Neki autori navode da iznenađujuće puno ljudi želi promijeniti svoje osobine ličnosti, ali to se zapravo ne događa. Osobnost starijih osoba s godinama postaje stabilnija te se često opisuju kao rigidni i neskloni promjenama (Berk 2008, 587). Kako ljudi stare, većina ih izražava želju za promjenom nekih svojih osobina ličnosti i to najčešće ekstrovertiranost, ljubaznost, savjesnost, stabilnost i otvorenost. Promjena osobnosti nije laka i ne događa se često (Hudson i Fraley 2016, 8). Zapravo je jedan od učestalih stereotipa o starijim osobama da se osobnost ljudi promijeni starenjem. Istraživanje iz 2013. godine pokazalo je da se doista dio osobina ličnosti promijeni. Osobe u starijoj dobi su manje otvorene za nova iskustva, ali raste razina susretljivosti i savjesnosti. Osobine koje medicinske sestre često navode kao otežavajuće u skrbi za starije osobe, neuroticizam i ekstraverzija, zapravo se ne mijenjaju s dobi te ne stoji predrasuda da su starije osobe problematične (Błachnio i Buliński 2013, 675). Neke osobine ljudi starenjem postaju jače ukorijenjene i možda jače izražene, ali to ne znači da ih nije bilo i prije dok je osoba bila mlađa. Starije osobe se kroz životno iskustvo nauče nositi sa stresnim situacijama i iako u toj dobi doživljavaju možda i više stresnih situacija, kroz život su naučili mehanizme suočavanja s njima te nam se može činiti kao da im se promijenila osobnost.

Sljedeća tvrdnja na koju su ispitanice dale krivi odgovor je **da su zbog smanjene funkcije znojnih žlijezda starije osobe podložnije hipertermiji**. Zbog smanjene funkcije znojnih žlijezda starije osobe se doista manje znoje kao što je to navedeno u trinaestoj tvrdnji Palmorovog *Facts on Aging Quiza*. Samo 37 % sudionica istraživanja je to i prepoznalo kao točnu tvrdnju. Kako znojenje ljudima služi kao jedan od mehanizama za regulaciju temperature tijela, u ovom slučaju hlađenje, smanjeno znojenje doista može dovesti do hipertermije u uvjetima visoke vanjske temperature. Kod zdravog organizma, povećanjem vanjske temperature, regulatorni mehanizmi tijela nastoje održati tjelesnu temperaturu na razini idealne temperature od 37 °C. Kod starijih osoba dolazi do atrofije znojnih žlijezda i do smanjenog odgovora na povišenu temperaturu okoliša te su oni izloženiji riziku za razvoj toplotnog udara od zdrave i mlađe populacije. Također, neka zdravstvena stanja, kao što su kardiovaskularne ili plućne bolesti te smanjeni unos tekućine uz uzimanje diuretika mogu povećati rizik za nastanak toplotnog udara (Touhy i Jett 2014, 210; Balmain i sur. 2018, 2). Zbog toga je potrebno upozoriti starije osobe na ekstremne meteorološke uvjete u situacijama kada su sve češće visoke temperature u okolišu da u takvim uvjetima pripaze na fizičku aktivnost i općenito izbjegavaju izlaganje visokim temperaturama te izlaske u doba dana kada su temperature najviše.

Seksualnost je prilično zanemarena kada govorimo o starijoj životnoj dobi. Ne samo da je tvrdnja kako **starije osobe nemaju niti interes niti kapacitet za seksualne odnose** stereotip, nego se o tome i ne govori. O toj temi i same starije osobe izbjegavaju govoriti, a u društvu često nailaze na nerazumijevanje i podsmjeh. Tijekom cijelog života seksualnost se ne odnosi samo na seksualni odnos, nego uključuje niz drugih elemenata iz partnerskog odnosa kao što su: obaveza, emocionalna intimnost, fizička intimnost i međuovisnost (Touhy i Jett 2014, 391). Seksualnost, u kojoj god formi, postoji cijeli naš život i prema Maslovljevoj hijerarhiji potreba, pripada u osnovne potrebe. Međutim, često vlada predrasuda da izlaskom iz generativne dobi ljudi prestaju biti seksualna bića. Starije osobe zbog neugode, srama, nerazumijevanja, nezadovoljstva tretmanom, negativnih stavova, ali i negativnih iskustava vezanih za tu temu izbjegavaju govoriti o tom problemu te on često ostaje neriješen (Bauer 2016, 1248). Naravno da u starijoj životnoj dobi zbog nekih komorbiditeta ili upotrebe lijekova može doći do slabljenja seksualne funkcije ili do poremećaja u seksualnosti, ali do toga ne dolazi voljom starije osobe niti one gube interes ili kapacitet za seksualne odnose ako su zdrave. Čimbenici koji utječu na seksualnost u starijoj životnoj dobi su očekivanja osobe i partnera često vezana za obiteljsku dinamiku, religijska uvjerenja i kulturološko okruženje. Razina seksualne aktivnosti vezana je i za stavove prema seksualnosti, znanju o razvoju ljudskog tijela i samosvijesti te zadovoljstva samim sobom. Utjecaj ima i socijalno okruženje, općeniti stavovi i kulturološki utjecaji o seksualnosti (Touhy i Jett 2014, 392). Isto tako i aseksualnost u starijoj dobi nije vezana samo za fizički aspekt, nego i uz psihički i socijalni aspekt. Kako zbog predrasuda vezanih za starije osobe i seksualnost one nemaju podršku u društvu u iskazivanju svoje seksualnosti, a u ustanovama za skrb o starijim osobama nemaju ni privatnosti, one same zatamljuju svoju seksualnost (Lončar i Lončar 2017, 260). I ovo istraživanje je pokazalo da je seksualnost u starijoj životnoj dobi područje koje zahtijeva dodatnu edukaciju zdravstvenih djelatnika jer je svega 20 % ispitanica odgovorilo da je navedena tvrdnja netočna dok ih je 80 % uvjerenjeno kako starije osobe doista nemaju kapacitet i interes za seksualne odnose.

Tvrdnja da je **opstipacija normalna pojava u starijoj životnoj dobi** nije točna, ali je većina anketiranih medicinskih sestara (njih 64 %) izjavila da je ta tvrdnja točna. Iako se opstipacija javlja u starijoj životnoj dobi, nije rezultat promjena gastrointestinalnog sustava jer se funkcija kolona ne mijenja značajno s dobi. Najčešće je opstipacija simptom, posljedica niza čimbenika kao što su nedostatak fizičke aktivnosti, prehrana siromašna vlaknima, nedovoljan unos tekućine i popratnih pojava nekih lijekova (Touhy i Jett 2014, 162). Ta tvrdnja spada u onu kategoriju: ako mislimo da je nešto normalna pojava u starosti, nećemo

ju pokušavati prevenirati jer to nema smisla. Epidemiološki podatci pokazuju da oko 30 % populacije ima simptome opstipacije, a s dobi raste i prevalencija pa tako 26 % žena i 16 % muškaraca u dobi iznad 65 godina ima problema s opstipacijom (De Giorgio i sur. 2015, 10). Kako je 64 % ispitanica izjavilo da je opstipacija normalna pojava u starijoj dobi, možemo slobodno reći da je to najčešći stav u medicinskim krugovima i da takav stav može značajno narušiti kvalitetu života starije osobe. U procjeni uvijek treba uzeti u obzir i neka medicinska stanja koja mogu dovesti do poremećenog transporta sadržaja crijeva kao što su neuromuskularne bolesti, dugotrajna nepokretnost ili zloćudne bolesti crijeva, ali kod zdravih starijih osoba opstipacija nije posljedica procesa starenja, već nepravilnog stila života. Patronažne medicinske sestre trebale bi, prije nego postavljaju dijagnozu opstipacije, istražiti koje lijekove koristi starija osoba i imaju li oni popratne pojave koje bi mogle utjecati na eliminaciju stolice. Zatim bi trebalo istražiti prehrambene navike, fizičku aktivnost, okolišne čimbenike te kombinaciju svega toga (Touhy i Jett 2014, 162). Tek nakon toga može savjetom pomoći starijoj osobi da uravnoteži svoju prehranu i životne navike. Laksativi koji se najčešće koriste u rješavanju opstipacije trebali bi biti posljednje rješenje kod osoba kod kojih se problem ne može riješiti na drugi način.

Anksioznost vezana za smrt može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi, ali protivno mišljenju većine ispitanica **starije osobe ne osjećaju više anksioznosti vezano za smrt od pripadnika drugih dobnih skupina**. Zapravo, istraživanja pokazuju da najviše anksioznosti vezano za smrt osjećaju adolescenti (Schaie i Willis 2001, 482). Ako se bliska smrt povezuje sa starijom životnom dobi, istraživanja pokazuju da strah od smrti kod starijih osoba pada umjesto da, prema očekivanjima, raste. Starije osobe se zapravo više boje procesa umiranja, odnosno moguće patnje povezane s njim nego same smrti i više razmišljaju o smrti, ali je se manje boje. To se obrazlaže činjenicom da su tijekom života razvili efikasnije načine suočavanja sa strahom i da se u starijoj dobi češće susreću sa smrću što umanjuje strah (Schaie i Willis 2001, 482; Tomer 2014, 5). I danas istraživače iznenađuje podatak da se strah od smrti smanjuje starenjem. Kao mogući razlog za to navodi se razvijena socijalna podrška i bliski odnosi koji doprinose regulaciji emocija kako starimo (Chopik 2017, 75). Strah od smrti možemo povezati sa strahom od starenja te Allan i Johnson (2009) navode kako znanje i kontakt sa starijim osobama doprinose boljim stavovima prema starijim osobama, ali posredno kroz smanjenje straha od starenja kod mlađih osoba (Allan i Johnson 2009, 11). Strah od smrti i svijest da smo svi smrtna bića leži i u nevoljkosti studenata sestinstva da se odluče na karijeru u skrbi za starije osobe. Pogled na slabo i ostarjelo tijelo podsjeća nas na vlastitu smrtnost te radije održavamo distancu prema starijim

osobama, nego da se intenzivno družimo s njima ili ih negujemo što onda rezultira i negativnim stavovima i stereotipima prema starijim osobama (Bergman i Bodner 2015, 9). Zbog stava da se starije osobe boje smrti mnogo zdravstvenih radnika izbjegava s pacijentima razgovarati o smrti. Smatraju da bi im to samo povećalo strah i anksioznost. Zapravo bi trebalo dobro procijeniti stavove pacijenata o smrti i ako to žele povesti razgovor o nekim značajnim pitanjima koja su vezana za smrt. Na primjer, većina ljudi ne želi umrijeti u bolnici ili u ustanovi nego u svojoj kući, ali ipak većina starijih osoba umire u bolnicama ili sličnim ustanovama (Ohmachi i sur. 2015, 27).

Za tvrdnju **da moderna obitelj više ne brine za svoje ostarjele članove** većina patronažnih medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju, njih 60 %, odgovorila je da je točna. Međutim, 40 % ispitanica je prepoznalo da ta tvrdnja nije točna. Istina je da danas sve manje starijih osoba živi sa svojom obitelji, ali to najčešće nije zato što obitelj ne brine za njih, nego je to vlastiti odabir. Kao i mlađi članovi obitelji i oni žele očuvati samostalnost i autonomiju što je duže moguće. Istraživanja su pokazala da starije osobe vole živjeti samostalno dok im to dopušta zdravlje. Kako stare, tako će se vjerojatno u kasnijoj životnoj dobi preseliti bliže odrasloj djeci da bi imali podršku. Prema istraživanjima, obitelj je još uvijek ta koja pruža najviše podrške starijim osobama (Berk 2008, 594). To je različito u različitim područjima Europe. Tako će se primjerice u Skandinaviji starije osobe više oslanjati na formalne oblike skrbi koji su u tim državama i dobro razvijeni, dok će se u južnim i istočnim zemljama Europe više oslanjati na neformalne njegovatelje, odnosno članove obitelji (Eurostat 2017a). Istraživanje o dobnoj diskriminaciji na europskoj razini pokazalo je da se više od 80 % ispitanika različite dobi osjeća ugodno u društvu i razgovoru sa članovima obitelji starijima od 70 godina, što znači da su intergeneracijski odnosi u obiteljima još uvijek dobri i jaki u cijeloj Europi (Abrams i sur. 2011, 97). Razlog za mali broj točnih odgovora na ovo pitanje u našem istraživanju možemo potražiti i u novom trendu koji vlada u Hrvatskoj i u Sloveniji, a to je iseljavanje radnoaktivnog stanovništva u druge europske zemlje koji dovodi do toga da starije osobe ostaju same u svom domu. To ne znači da njihova djeca ne brinu za njih jer je naglasak na kvaliteti odnosa, a ne na udaljenosti (Vuletić i Stapić 2013, 58).

Za tvrdnju **da za starije osobe nije problem živjeti ispod ili blizu linije siromaštva** većina ispitanica je rekla da je netočna. Prag rizika za siromaštvo u Republici Hrvatskoj računa se tako da se za sva kućanstva izračuna ekvivalentni dohodak po članu kućanstva, zatim se izračuna medijan i 60 % od izračunane srednje vrijednosti čini prag rizika od siromaštva. „Stopa rizika od siromaštva jest postotak osoba koje imaju ekvivalentni dohodak ispod praga

rizika od siromaštva. Prag se računa za populaciju u cjelini i izražava se u terminima ekvivalentnog dohotka uzimajući u obzir veličinu i sastav kućanstva (Državni zavod za statistiku RH 2018). Podatci Državnog zavoda za statistiku RH pokazuju da 22 % muškaraca i 30 % žena starijih od 65 godina živi ispod ruba siromaštva, što je nešto manje nego u 2015. godini. To nije mali udio, ali ako pogledamo pokazatelje aktivnosti tada je vidljivo da je dvostruko više nezaposlenih radnoaktivnih muškaraca i žena pod rizikom za razvoj siromaštva, nego što je to u grupaciji umirovljenika. Isti podatci pokazuju da u kategoriji jednočlanog kućanstva s osobom starom 65 godina i više ima 42 % osoba pod rizikom od siromaštva što je puno veći udio, nego ukupni rizik za tu dob (Državni zavod za statistiku RH 2018). U Sloveniji je situacija nešto bolja. Prema podacima Statističnog Urada Republike Slovenije za 2016. godinu vidljivo je da je 12,6 % muškaraca starijih od 65 godina i 20,1 % žena pod rizikom za život ispod praga siromaštva (Republika Slovenija Statistični Urad 2019). Starije osobe jesu pod povećanim rizikom za razvoj siromaštva zbog svojih malih prihoda, međutim, ti prihodi su redoviti, a u našem društvu funkcionira socijalna služba koja pomaže starijim osobama u kriznim situacijama. Prema ovim podacima vidljivo je da su pod većim rizikom za razvoj siromaštva nezaposlene radnoaktivne osobe. Ovdje se također otvara problem većeg rizika za razvoj siromaštva i za život ispod praga siromaštva za starije žene koje su i u Hrvatskoj i u Sloveniji pod većim rizikom za razvoj siromaštva (Leskošek 2019, 233), pa je i te podatke potrebno uzeti u obzir prilikom edukacije zdravstvenih radnika koji će raditi sa starijim osobama. Prema tim podacima su starije žene u dvostruko lošijoj poziciji: naime, starije su i žene su. Oba obilježja stavljaju ih u lošiju poziciju u odnosu na muškarce.

Tvrdnja koja je izazvala dosta prijepora među ispitanicama je pitanje sigurne vožnje u starijoj životnoj dobi. Samo 30 % anketiranih medicinskih sestara odgovorilo je da je tvrdnja **da su starije osobe prilično sigurni vozači**, točna. Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske za 2018. godinu, osobe starije od 65 godina sudjelovale su u prometnim nezgodama s udjelom od 24,6 % poginulih u ukupnom broju poginulih osoba u prometu, što je ujedno i najveći udio od svih dobnih skupina, te udjelom od 16,7 % među lakše ozlijeđenim i 9,2 % među teže ozlijeđenim osobama, dok je u tim kategorijama najveći udio osoba u dobi između 25 i 34 godine starosti sa 16,8 % lakše ozlijeđenih i 19,8 % teže ozlijeđenih. Međutim, ako pogledamo dobnu strukturu vozača koji su prouzročili prometne nesreće, vidljivo je da su vozači stariji od 65 godina prouzročili prometnu nesreću u 11 % slučajeva dok najveći udio odnose vozači u dobi od 25 do 34 godine s udjelom od 18,5 %. Ako razmatramo podatke o prometnim nesrećama sa smrtnom

posljedicom, tu su vozači stariji od 65 godina zastupljeni s 12,6 % dok su vozači u dobi od 35 do 44 godine zastupljeni s 21 %. U podacima za prometne nesreće s ozlijeđenim osobama starije osobe sudjelovale su u 10,9 % slučajeva, dok su vozači u dobi od 25 do 34 godine sudjelovali u 20,9 % slučajeva. Najčešće zabilježene greške koje rade stariji vozači su zakašnjelo uočavanje opasnosti, nepropisno obilaženje, nepropisno uključivanje u promet, nepropisno okretanje, nepropisno parkiranje, nepropisna vožnja unatrag. Međutim, udio starijih vozača u najčešćim uzrocima prometnih nesreća, a to su nepropisna brzina kretanja, brzina neprimjerena uvjetima na cesti i vožnja na nedovoljnoj udaljenosti, je dvostruko, pa i trostruko manji od udjela vozača koji su u dobi od 15 do 24 godine starosti (uključeni su i vozači motocikala i automobila). Ono što zabrinjava je udio starijih osoba u prometnim nesrećama sa smrtnom posljedicom u kojima oni sudjeluju kao pješaci. Udio starijih osoba u ukupnom broju poginulih pješaka iznosi 55,4 %, a udio osoba te dobne skupine je najveći i među teško i lakše ozlijeđenima: 60,8 % (Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske 2019). Svi ovi podaci ukazuju na to da su starije osobe ugrožene u prometu, ali ne zbog svoje greške, nego kao žrtve. Ako obratimo pozornost na najčešće uzroke zbog kojih starije osobe počine prometnu nesreću kao vozači, to je zakašnjelo uočavanje opasnosti što je povezano s produljenim vremenom reakcije i slabljenjem senzornih sposobnosti, vida i sluha. Dokazano je da starije osobe imaju sporije vrijeme reakcije, sporije voze, ali i često ne mogu pratiti karakteristike vozila (Doroudgar i sur. 2017, 45). Naime, u vidnim, slušnim i motornim područjima mozga umire i do 50 % neurona, područje malog mozga u kojem su centri za ravnotežu i koordinaciju gubi oko 25 % neurona te zbog toga percepcija vidne dubine postaje manje pouzdana, a pada i vidna oštrina (Berk 2008, 551). Tome u prilog ide i istraživanje o brzini reakcije starijih vozača na promjene na cesti koje je pokazalo da stariji vozači imaju sporije vrijeme reakcije u odnosu na mlađe vozače, te je generalni savjet autora da bi stariji vozači trebali izbjegavati vožnju u uvjetima slabe vidljivosti i u vrijeme najveće prometne gužve (Salvia i sur. 2016, 7). Kako je starijim ljudima sve teže pratiti promjene na komandnoj ploči automobila i istovremeno pratiti promjene u okolini, što ih može dovesti u opasnost, često se odlučuju za prestanak vožnje. Prestanak vožnje otežava im mobilnost i dostupnost određenih aktivnosti i sadržaja, a povećava i ovisnost o drugim članovima obitelji. Međutim, postoji istraživanje koje je pokazalo da vještina upravljanja motornim vozilom ne opada starenjem te da stariji vozači ne zaostaju u vještinama vožnje za mlađim vozačima pa autor predlaže modificiranje budućih istraživanja. Naime, starija populacije je vrlo heterogena i rezultati istraživanja na jednom dijelu populacije ne mogu se generalizirati

te je potrebno provoditi testove u kontroliranim uvjetima u kojima će svi sudionici imati iste uvjete (Svetina 2016, 813).

Tvrdnja da **stariji radnici ne mogu raditi učinkovito kao mlađi** također nije istinita, ali većina ispitanica to nije prepoznala tako da je bilo samo 32 % točnih odgovora. Pojam „stariji radnici“ u literaturi se različito tumači: negdje se spominje dob od 50 do 64 godine, a negdje od 55 do 64 godine. U većini europskih zemalja dobna granica za odlazak u mirovinu je 65 godina tako da postoji vrlo mali broj osoba koje rade i nakon 65 godina. Budući da su u Eurostatu navedeni podatci za dobnu grupu od 55 do 64 godine, tako ćemo i ovdje uzeti tu dob kao dob „starijih radnika“. Udio starijih radnika u Europi je različit u pojedinim zemljama. Dok je u Islandu, Švedskoj i Danskoj udio zaposlenih osoba u dobi između 55 i 64 godine čak 80 %, u Hrvatskoj taj udio iznosi 40 %, a u Sloveniji 47 % (Eurostat 2018). Postoji stereotip da stariji radnici ne mogu kvalitetno obavljati svoj posao, da su opterećeni bolestima, zaboravni, često idu na bolovanja i ne služe se modernom tehnologijom. Međutim, istraživanja pokazuju da stariji radnici s više pažnje obavljaju svoj posao, koncentriraniji su, stabilniji, nisu podložni sindromu sagorijevanja kao mlađi radnici jer su tijekom radnog vijeka razvili mnoge mehanizme suočavanja sa stresom, a i nije im problem promijeniti radno mjesto jer imaju puno iskustva i vrlo brzo se prilagođavaju (Kroon i sur. 2018, 187). Zanimljivo istraživanje provele su Kagan i Melendez-Torres (2015) o diskriminaciji na temelju dobi među medicinskim sestrama i došle su do zaključka da čak i u profesiji koja pomaže drugim ljudima, među ljudima koji su educirani o starenju i procesima koji se odvijaju u organizmu koji stari, postoji diskriminacija na temelju dobi prema starijim medicinskim sestrama za koje se smatra da ne mogu pratiti nova dostignuća u medicini i da ne mogu dovoljno brzo obavljati radne zadatke. Na taj način skraćuje se radni vijek medicinskim sestrama koje odlaze ranije u mirovinu i uskraćuje se mlađim medicinskim sestrama da iskoriste njihovo dragocjeno iskustvo (Kagan i Melendez-Torres 2015, 648). U zemljama istočne i srednje Europe već i radnici između 55 i 59 godine života teško zadržavaju posao i imaju probleme s produljenjem radnog vijeka barem do 60 godina života, što ima direktni utjecaj na ekonomiju tih zemalja i dovodi u pitanje održivost mirovinskog sustava (Hardy i sur. 2018, 88–89). Mišljenje da stariji radnici ne mogu obavljati svoj posao proizlazi iz stereotipa, pa čak i osobe koje su zadužene za rukovođenje ljudskim resursima u velikim kompanijama mogu biti pod utjecajem tog stereotipa. Istraživanje iz 2014. godine pokazalo je da su mlađi rukovoditelji ljudskih resursa skloniji predlaganju ranijeg umirovljenja starijim radnicima, nego što su to stariji rukovoditelji, iako nisu otvoreno pokazali negativne stereotipe o starijim osobama (Principi i sur. 2014, 815).

Naprotiv, istraživanje Johnson i suradnika (2017) čak implicira da bi se stariji radnici trebali više cijeliti zbog korištenja pozitivnih strategija u regulaciji emocija, količine iskustva i to ne samo radnog, nego i životnog te boljeg pristupa u rješavanju problema u radnom okruženju (Johnson i sur. 2017, 213). Dakle, u radnom okruženju mišljenja o starijim radnicima su podijeljena. Dok jedni ne žele starije radnike, drugi ih cijene kao prenositelje znanja i iskustva. Europsko istraživanje o diskriminaciji na osnovi dobi obrađivalo je diskriminaciju i mlađih i starijih osoba i ispitanici iz 31 europske zemlje trebali su odgovoriti na pitanje bi li radije imali mlađu osobu kao ravnatelja od 30 godina ili stariju od 70 godina. U svim zemljama su prevagnuli šefovi mlađi od 30 godina, ali stariji od 70 su po rezultatima bili vrlo blizu, osim u Bugarskoj, Slovačkoj, Mađarskoj, Rusiji i Ukrajini gdje je razlika bila vrlo velika u korist osoba mlađih od 30 godina (Abrams 2011, 87–88). Javnozdravstveni okvir Svjetske zdravstvene organizacije za zdravo starenje kao jednu od mjera u radnom okruženju predlaže promoviranje timova sastavljenih od osoba različite dobi, uključujući i starije osobe (Beard i sur. 2016, 2151). Sve navedeno ukazuje da će se s porastom udjela starijih osoba u populaciji, u većini razvijenih zemalja, morati intenzivnije tražiti rješenja kako iskoristiti resurse koje nude starije osobe, posebno zbog toga što udio radnoaktivnog stanovništva opada u odnosu na broj umirovljenih stanovnika te većina mirovinskih sustava neće biti održiva.

Tvrdnja **da je većina starijih osoba utvrdilo svoje mišljenje i ponašanja te se više ne mogu promijeniti** također je dobila mnogo netočnih odgovora, odnosno samo 34 % anketiranih medicinskih sestara izjavilo je da je ta tvrdnja netočna. Naravno, nije istinita tvrdnja da se starije osobe ne mogu promijeniti. Starije osobe su svakodnevno izložene raznim promjenama od umirovljenja, odlaska djece od kuće do većih ili manjih zdravstvenih promjena. Starije osobe pobijaju čest stereotip o rigidnosti koji ih prati kroz promjene u tri karakteristike ličnosti: starenjem raste „ugodnost“, odnosno starije osobe postaju strpljivije, dobre naravi i velikodušne, zatim pada „socijalnost“, odnosno smanjuje se socijalna mreža, a starije osobe postaju selektivnije u biranju društva te „prihvatanje promjena“ što i same starije osobe često spominju kao najvažniju karakteristiku za psihičku dobrobit (Berk 2008, 587). Dakle, starije osobe ne samo da nisu rigidne i nesklone promjenama, već su prisiljene prihvatiti puno više promjena, nego što ih je bilo kad su bili mlađi i u većini slučajeva znaju se s njima nositi. To je važno znati jer koji put već zbog straha od neprihvatanja možemo biti neskloni predložiti starijoj osobi promjenu, umjesto da je pripremimo na nju.

Tvrdnja **da su starije osobe češće žrtve kriminala nego pripadnici ostalih dobnih skupina** dobila je samo 37 % točnih odgovora ispitanica, a **tvrdnja da se više boje**

kriminala samo 15 %. Naime, jedna i druga tvrdnja su netočne. Ujedno, to su i tvrdnje koje su dobile najmanje točnih odgovora. U društvu vlada i mišljenje da su starije osobe, kao jedna od ranjivih skupina stanovništva, češće žrtve kriminala te da se posljedično i više boje kriminala (Viktor 2005). Najveći doprinos mišljenju da su starije osobe češće žrtve kriminala, nego pripadnici ostalih dobnih skupina dali su mediji i njihovo dramatično izvještavanje o napadima na starije osobe. Stvarno stanje je ponešto drugačije. Prema statističkom izvješću Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske iz 2018. godine starije osobe su bile žrtve kriminalnih aktivnosti u 18 % slučajeva. Najčešće su u pitanju bile prijevare i to računalne. Zatim, starije osobe su često žrtve u cestovnom prometu te u kaznenim djelima protiv imovine starije osobe i krivotvorenja (Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske 2019). Zapravo su starije osobe žrtve kriminala rjeđe od pripadnika ostalih dobnih skupina. Međutim, izvještavanje o napadima na starije osobe i prikazivanje starijih osoba kao posebno ranjive skupine u kontekstu kriminalnih djelatnosti može biti pozitivno u smislu povećanja opreza u rizičnim situacijama, ali može imati i negativne efekte u smislu pretjeranog opreza i nepovjerenja prema nepoznatim osobama i situacijama, pa i povećanog straha od kriminala. Istraživanje iz 2017. godine pokazalo je da dob i spol osobe nisu povezani sa strahom od kriminala, nego da najveći utjecaj ima susjedstvo i uređenost okoline gdje osoba živi, a kod starijih osoba jedan od čimbenika za razvoj straha je osjećaj krhkosti, odnosno zdravlje starije osobe (Lloyd-Sherlock i sur. 2017, 1103). Strah od kriminala vezan je za situaciju i okoliš te prethodna iskustva, bilo osobna ili poznanika, ali nema dokazane povezanosti s dobi (Kappes i sur. 2013, 121). U nekim situacijama starije osobe boje se kriminala, ne više od pripadnika ostalih dobnih skupina. Ipak, u podlozi nije stvarna opasnost od kriminala već neki situacijski čimbenici kao što je nedovoljna osvjetljenost na ulici, život na osami daleko od drugih ljudi i samački život. Strah od kriminala može dosta ograničavati starije osobe u provođenju svakodnevnih aktivnosti te ih je potrebno ohrabriti i pružiti im istinite i realne informacije.

Izjava koja je dobila najviše netočnih odgovora od strane anketiranih medicinskih sestara je ona **da se starije osobe teže prilagođavaju prilikom preseljenja na novu lokaciju od pripadnika mlađih dobnih skupina**. Samo 2 % ispitanica je odgovorilo da je ta tvrdnja netočna. Preseljenje je stres sam po sebi u svakoj životnoj dobi i ne mora to biti nužno starija osoba. Kada govorimo o posljedicama preseljenja potrebno je uzeti u obzir i pokazatelje funkcionalne sposobnosti prije preseljenja jer će starija osoba s narušenim kognitivnim funkcioniranjem loše reagirati na promjenu mjesta stanovanja i neizbježno će doći do pada kognitivnih i fizičkih sposobnosti (Tomek – Roksandić i sur. 2010, 844). Starije osobe s

oštećenom funkcionalnom sposobnošću tražit će preseljenje u prilagođen stambeni prostor što bi trebalo povećati i funkcionalnu sposobnost i kvalitetu života starije osobe te staviti preseljenje u pozitivan kontekst (Granbom i sur. 2016, 8). Iako je sestrinski sindrom „Stres zbog preseljenja“ opisan u literaturi, navodi se da se on može uspješno izbjeći ako starija osoba kontrolira cijeli proces preseljenja, ako postoji odgovarajuća priprema te ako razumije pozitivne strane preseljenja (Touhy i Jett 2014, 38). Naravno da je često spominjani koncept „starenja u mjestu“ bolji od smještaja ili preseljenja starijih osoba u instituciju ili u novi dom kod vlastite djece ili bliže vlastitoj djeci, ali ako ne postoji druga mogućnost, starije osobe prilagodit će se novim okolnostima jednako kao i mlađe.

Tvrdnja koja je usko vezana za stereotip namijenjen starijim osobama je **da većina starijih osoba smatra svoje zdravlje dobrim ili odličnim**. Za tu je tvrdnju samo 14 % ispitanica izjavilo da je točna. Percepcija starijih osoba u javnosti je da su one bolesne, nemoćne, nesamostalne i često se starost poistovjećuje s bolešću. Patronažne medicinske sestre u svom poslu često susreću starije osobe s kroničnim bolestima te nekim ograničenjima te je vjerojatno to dovelo do mišljenja većine da starije osobe ne smatraju svoje zdravlje dobrim. Zdravlje je vrlo važan parametar u istraživanju kvalitete života starijih osoba. Zapravo, većina istraživanja kvalitete života starijih osoba počinju s pitanjima o zdravstvenom stanju što već samo po sebi ukazuje na važnost tog aspekta u životu. Istraživanje kvalitete života starijih osoba vezane za zdravlje iz 2012. godine pokazalo je da starije osobe s funkcionalnim ograničenjima prijavljuju više fizičkih i psihičkih smetnji nego one bez funkcionalnih ograničenja. Istovremeno, osobe koje imaju više funkcionalnih ograničenja prijavile su manje fizičkih i psihičkih problema ako su stariji od 65 godina, nego oni koji su mlađi. Autori nude tri razloga za to: prvo je da starije osobe promijene standarde zdravlja za sebe, drugo je da promijene svoje prioritete u skladu sa svojim zdravstvenim stanjem i treće je da redefiniraju pojam zdravlja u skladu sa svojom funkcionalnom sposobnošću. Osobe mlađe od 65 godina tek počinju starjeti i ako u toj dobi razviju neke kronične zdravstvene probleme koji značajno narušavaju njihovu funkcionalnu sposobnost to ih teže pogađa i nisu u stanju razviti prethodno navedene mehanizme (Thompson i sur. 2012, 499). Ako gledamo stvarnu opterećenost zdravstvenim poteškoćama u starijoj životnoj dobi, na globalnoj razini 46 % osoba starijih od 60 godina ima zabilježenu neku invalidnost. Dvije trećine osoba koje su u mirovini ima barem dvije kronične bolesti ili stanja. Prema istim podacima jedna od tri osobe starije od 65 godina i svaka druga osoba starija od 85 godina suočava se s ozbiljnim zdravstvenim poteškoćama (Global Coalition on Aging 2018, 10). Ti podatci svakako daju dojam da su starije osobe bolesne i opterećene raznim zdravstvenim poteškoćama. Fizičko

zdravlje i funkcionalna sposobnost je snažan prediktor psihičke dobrobiti, a loše psihičko stanje može dovesti do lošeg fizičkog zdravlja tako da starija osoba ulazi u zatvoren krug koji konačno može dovesti do depresije (Berk 2008, 561). Istraživanja osjećaja dobrobiti i njezine povezanosti sa zdravljem kod starijih osoba donijelo je nekoliko značajnih zaključaka. Autori su naveli tri aspekta dobrobiti: evaluativni koji je povezan s općenitim zadovoljstvom životom, hedonistički koji je povezan s osjećajima sreće, tuge, ljutnje, stresa i boli, te eudemonijski aspekt povezan s osjećajem smisla i svrhe u životu. Dokazali su da visoka subjektivna ocjena dobrobiti ima protektivni učinak na zdravstveno stanje starijih osoba, a dokazana je i povezanost između eudemonijskog aspekta dobrobiti i preživljavanja te tako subjektivni osjećaj smisla i svrhe u životu djeluje protektivno na zdravlje starijih osoba (Steptoe i sur. 2015, 646). Starije osobe najčešće ne ocjenjuju svoje zdravstveno stanje jako lošim, a karakterizira ih i kasnije javljanje liječniku zbog određenih zdravstvenih problema jer su često mišljenja da su neke promjene normalne u starijoj dobi (Schaie i Willis 2001). To je povezano i sa „zdravstvenom pismenošću“, odnosno poznavanjem osnovnih zdravstvenih uputa. Prema istraživanju Bostock i Steptoe (2012) jedna od tri starije odrasle osobe u Velikoj Britaniji nije u stanju razumjeti osnovne upute zdravstvenog osoblja, a niska zdravstvena pismenost je povezana s većim mortalitetom starijih osoba (Bostock i Steptoe 2012, 4). Te osobe neće ni prepoznati da se nešto događa s njima i da se trebaju obratiti zdravstvenom osoblju, a i daljnji će tijekom liječenja biti upitan bez pravilne edukacije starije osobe. Prema Young i suradnicima za osjećaj dobrog zdravlja starijih osoba zaslužne su tri dimenzije uspješnog starenja: fiziološka dimenzija u koju spadaju bolesti i ograničenja, psihološka dimenzija koju čini emocionalna stabilnost i sociološka dimenzija gdje se nalaze zadovoljstvo životom i duhovnost. U slučaju bolesti narušena je fiziološka dimenzija, ali uz potpunu psihološku i sociološku dimenziju starija osoba može kompenzirati nedostatke i na taj način postići uspješno starenje bez obzira na oštećeno zdravlje (Young i sur. 2009, 89). Subjektivna procjena zdravlja utječe na to kako će osoba reagirati na simptome. U slučaju da starija osoba referira dobro ili odlično zdravlje, iako objektivni pokazatelji ukazuju da to ne bi trebalo biti tako, ona se doista i osjeća bolje. Uz to, starije osobe koje su u stanju prevladati izazove koje pred njih stavlja bolest i što su optimističniji u pogledu svojih kapaciteta da se suoče s fizičkim ograničenjima, to bolje svladavaju tjelesne teškoće, što onda opet potiče optimizam i pozitivna zdravstvena ponašanja (Berk 2008, 556). Viktor Frankl uz fizičku, psihičku i socijalnu dimenziju čovjeka, posebno navodi i duhovnu dimenziju koja može ostati zdrava i kada su ove ostale oštećene te daje snagu čovjeku da izdrži sve nedaće i patnju koju bolest donosi te takvi ljudi neće svoje zdravlje karakterizirati

jako lošim jer i u patnji zbog bolesti postoji smisao (Frankl 2015). Zanimljivo istraživanje provele su van Leeuwen i suradnici (2019) vođeni idejom da većina istraživanja procjenjuje kvalitetu života starijih osoba kroz zdravstveni status te zdravlje stavljaju na prvo mjesto u pokazateljima kvalitete. Oni su proveli opsežno pretraživanje literature kako bi utvrdili što starije osobe misle o svojoj kvaliteti života. Rezultati su pokazali da je kod svih ispitanika na prvom mjestu funkcionalna sposobnost kao pokazatelj kvalitete, a kod onih koji su, uz to što su stariji, i ozbiljno bolesni, socijalni odnosi su odmah na drugom mjestu po važnosti. Konačni rezultati su pokazali da starije osobe svoju kvalitetu života procjenjuju kroz devet domena koje su im podjednako važne, uključujući i zdravlje, socijalnu uključenost, aktivnosti, autonomiju, život u vlastitom domu i susjedstvo (van Leeuwen i sur. 2019, 28). Zapravo, starije osobe se tijekom života privikavaju na promjene u svom zdravstvenom stanju i ne pridaju im preveliki značaj osim ako direktno utječu na njihovu funkcionalnu sposobnost i socijalne odnose te će češće ocijeniti svoje zdravstveno stanje kao dobro ili čak kao odlično, nego mlađe osobe s istim zdravstvenim problemima. Sva ta istraživanja potrebno je staviti i u geografski kontekst jer starije osobe iz zemalja bivšeg Sovjetskog saveza i istočne Europe pokazuju pad subjektivne procjene blagostanja s porastom dobi, a tome je pridružen i porast negativnih osjećaja tuge, boli i stresa što se negativno odražava i na zdravstveno stanje starijih osoba i na njihov subjektivan osjećaj zdravlja (Steptoe 2015, 644). U Hrvatskoj, prema istraživanju Popek i Rodin (2018) o samoprocjeni funkcionalne sposobnosti starijih osoba, većina ispitanika, osoba starijih od 65 godina, prijavilo je probleme s kretanjem kao najvažniji i najčešći problem koji narušava njihovu funkcionalnu sposobnost. Također, navedeno je da taj problem češće pogađa žene i osobe u dubokoj starosti te da značajno narušava njihovu kvalitetu života kod kuće (Popek i Radin 2018, 130). Naravno da je kontakt patronažnih medicinskih sestara s takvim starijim osobama vjerojatno i doveo do toga da su one stava da bi starije osobe, u većini slučajeva, ocijenile svoje zdravstveno stanje kao loše. Možemo pretpostaviti da patronažne medicinske sestre dolaskom u kuću starije osobe razgovaraju s njom uglavnom o zdravstvenim problemima te da će starije osobe smatrati potrebnim da im izlože probleme, a ne dobro stanje svojeg zdravlja što u konačnici može dovesti do dojma da je zdravstveno stanje lošije, nego što uistinu jest.

Ispitivanje znanja patronažnih medicinskih sestara u ovom istraživanju pokazalo je da većina ispitanica ima srednje znanje o starijim osobama, odnosno da su postigle od 29 do 33 boda u Palmorovom *Facts on Aging Quizu*. Prema rezultatima ovog istraživanja 21 % ispitanica

ima manje znanje o starijim osobama, odnosno stekle su od 21 do 28 bodova. Zatim, njih 56 % ima srednje znanje o starijim osobama: stekle su od 29 do 33 boda. I na kraju 23 % patronažnih sestara ima veće znanje o starijim osobama, odnosno stekle su od 34 do 39 bodova. Međutim, ako znanje patronažnih sestara iz istraživanja testiramo korelacijskim testovima prema dobi i radnom stažu patronažnih medicinskih sestara, dobivamo rezultat da je znanje o starijim osobama najmanje kod najmlađih patronažnih sestara koje imaju i najmanje radnog staža u patronažnoj službi, a najveće je kod najstarijih patronažnih sestara koje imaju i najviše radnog staža u patronažnoj službi. Isto tako, istraživanje je pokazalo da patronažne medicinske sestre iz Slovenije imaju veće znanje o starijim osobama, nego patronažne medicinske sestre iz Hrvatske. Kako je u poglavlju 2.4. objašnjena razlika u edukaciji patronažnih medicinskih sestara u te dvije države, a to je i prikazano u tabeli 2, pretpostavka je da će patronažne medicinske sestre iz Slovenije imati više znanja o starijim osobama s obzirom na veću satnicu teoretske i praktične nastave koju su imale tijekom školovanja. Međutim, kao što će se vidjeti u sljedećem poglavlju, veće znanje nije imalo utjecaj na stavove prema starijim osobama tako da ne postoji razlika u stavovima prema starijim osobama između patronažnih medicinskih sestara iz Hrvatske i Slovenije.

3.5.6 Stavovi patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama prema rezultatima Semantičkog diferencijala

Analizom odgovora na ljestvici Semantičkog diferencijala osobina starijih osoba može se vidjeti da se nastavlja utjecaj stereotipa prema starijim osobama i u tom dijelu upitnika. Patronažne medicinske sestre imaju generalno blago pozitivne stavove prema starijim osobama iako je većina odgovora oko neutralnog. Ipak, neki odgovori odskaču prema jače pozitivnom ili negativnom. Jako pozitivne stavove prema starijim osobama imaju ispitanice po pitanju osobina *iskusan – neiskusan* i *koristan – beskoristan* gdje je većina odgovora bilo na pozitivnoj osobini, odnosno gdje većina ispitanica starijim osobama daje osobine *iskusan* i *koristan*. Ako pogledamo prosječne ocjene za pojedine osobine starijih osoba na semantičkom diferencijalu, možemo izdvojiti i pet negativnih osobina koje ispitanice pripisuju starijim osobama. Prema ovom istraživanju ispitanice starijim osobama pripisuju da su usporeni, osamljeni, siromašni, zaboravni i bolesni. Prema nizu autora to su i najčešći stereotipi prema starijim osobama. Još Butler (1969) navodi da se starije osobe često doživljava kao bolesne, nemoćne, beskorisne koje samo čekaju smrt (Butler 1969, 243). I Palmore (2003) navodi da su starije osobe stereotipizirane kao bolesne, slabe, siromašne, ali

i da je u istraživanju o ageizmu njih 43 % bilo žrtva diskriminacije kod zdravstvenih radnika zbog dobi s obrazloženjem da su njihove tegobe povezane s dobi ili da su prestari za neki zahvat (Palmore 2003, 573). Pečjak (2001) također navodi da su starije osobe u društvu pod utjecajem negativnih stereotipa obilježene kao slabe, bolesne, nestabilne, zaboravljive, nedruželjubive i konzervativne (Pečjak 2001, 80). Rusac i sur. (2013) navode da se starije osobe osjećaju diskriminirano najviše u području zdravstva i socijalne skrbi zbog istih stavova: da su starije osobe bolesne, nemoćne, dovode se u pitanje njihove kognitivne sposobnosti (Rusac i sur. 2013, 102). Sutherland u svojoj knjizi navodi niz primjera u kojima se vidi otvorena diskriminacija starijih osoba samo zbog dobi, a najčešće je to odgađanje elektivnih operativnih zahvata i neljubaznost osoblja u zdravstvenim ustanovama, ali spominje i mnogo ozbiljnije posljedice predrasuda prema starijim osobama, a to je zlostavljanje starijih osoba u ustanovama za skrb (Sutherland 2016). Viktor navodi da postoji opći stav u populaciji da starije osobe žive u socijalnoj izolaciji, zlostavljani i zanemarivani od članova svoje obitelji ili njegovatelja, da žive u siromaštvu te da su zaokupljeni svojim zdravstvenim problemima, strahom od kriminala, da žive u lošim stambenim prilikama i dobivaju lošu medicinsku skrb (Viktor 2005, 103). Simkins (2007) također navodi da starije osobe dobivaju nižu razinu zdravstvene njege medicinskih sestara od pripadnika drugih dobnih skupina (Simkins 2007, 28).

Iz ovog istraživanja je vidljivo da se isti stereotipi o starijim osobama provlače kroz literaturu te se i ovdje pokazalo da su pod utjecajem tih stereotipa i patronažne medicinske sestre. Ako uzmemo u obzir ostala istraživanja koja su provedena s ciljem da se istraže stavovi medicinskih sestara prema starijim osobama, možemo vidjeti da su i njihovi rezultati vrlo slični. Još 1994. godine Hope je došao do zaključka da je za razvoj pozitivnih stavova medicinskih sestara prema starijim osobama, osim edukacije, potreban i dulji radni staž (Hope 1994, 611). U pregledu literature Liu i suradnici došli su do zaključka da nekoliko čimbenika igra ulogu u tome kakve će stavove imati medicinske sestre prema starijim osobama: spol, dob i razina obrazovanja, s time da su ženske medicinske sestre imale pozitivnije stavove od muških medicinskih tehničara. Zatim, starije medicinske sestre i one s više edukacije imale su pozitivne stavove prema starijim osobama (Liu i sur. 2013, 1281). Godine starosti medicinskih sestara pojavljuju se često u istraživanjima o stavovima prema starijim osobama i u drugim istraživanjima, a često su povezane s duljim radnim stažem te to zapravo dokazuje da je uz edukaciju potreban i neposredan kontakt sa starijim osobama kako bi se razvili pozitivni stavovi (Soderhamn i sur. 2001; Mallor i sur. 2006; Doherty 2011; Engstrom i Fagerberg 2011; Hvalič i Touzery 2013; Kydd i sur. 2014; Kavlak i sur.

2015). Iako ima istraživanja koja izostavljaju kvalitetan kontakt iz edukacije te naglašavaju da i samo veće znanje o starenju i starijim osobama može polučiti pozitivnim stavovima prema starijim osobama (De Guzman i sur. 2013, 151). Rezultati našeg istraživanja tako nisu iznenađenje u odnosu na ostala istraživanja o stavovima prema starijim osobama, ali na osnovu njega mogu se mijenjati edukativni programi na području gerontologije. U njih bi trebalo, uz kvalitetne teoretske sadržaje, uključiti i dovoljno formalnog i neformalnog kontakta sa starijim osobama.

3.5.7 Podjela ispitanika po klasterima

Da bismo dobili uvid u karakteristike patronažnih medicinskih sestara iz ovog istraživanja, na temelju multivarijantne analize bodova koje su ispitanice postigle u testu znanja, zatim analize stavova prema kojima smo ih podijelili u tri grupe, na temelju dobi i radnog staža provedenog u patronažnoj službi također su podijeljene u tri grupe. Ispitanice smo podijelili u tri klastera koji se razlikuju u odnosu na tipičnu patronažnu medicinsku sestru. Zapravo smo sve patronažne medicinske sestre podijelili prema određenim karakteristikama kako bismo dobili homogene grupe ispitanika ili klastere. Za početak, definirana je tipična patronažna medicinska sestra. Prema ovom istraživanju tipična patronažna medicinska sestra osrednjeg je znanja o starijim osobama (29–33 boda), pretežno je pozitivnih stavova o starijim osobama (2,95–3,49), starije je dobi (50–64 godine) i srednjeg radnog staža (11–30 godina) u patronažnoj službi. U klasteriranju su korištena četiri obilježja: znanje o starijim osobama na temelju Palmorovog *Facts on Aging Quiza*, rezultat Semantičkog diferencijala stavova prema starijim osobama, dob ispitanica i duljina radnog staža ispitanica. Na taj način dobili smo tri klastera s približno podjednakim brojem ispitanica unutar svakog.

U klaster 1 ušlo je 31 % patronažnih medicinskih sestara koje se od drugih klastera razlikuju po sljedećim karakteristikama: one imaju pretežno veće znanje o starijim osobama, one imaju jače pozitivne stavove o osobinama starijih osoba, one su srednje ili starije dobi i imaju pretežno osrednji radni staž u patronažnoj službi.

Klaster 2 obuhvaća 36 % medicinskih sestara koje su pretežno osrednjeg znanja o starijim osobama, pretežno pozitivnih stavova o starijim osobama, srednje ili starije dobi i isključivo srednjeg radnog staža.

Klaster 3 obuhvaća 33 % medicinskih sestara koje su pretežno osrednjeg znanja o starijim osobama, koje imaju negativne ili imaju pretežno pozitivne stavove o starijim osobama, koje su mlađe ili srednje dobi i koje su isključivo manjeg radnog staža.

Stoga smo patronažnim medicinskim sestrama obuhvaćenim u pojedinim klasterima dodijelili sljedeće kraće nazive:

klaster 1: sestre s većim znanjem i pozitivnijim stavovima o starijim osobama

klaster 2: sestre osrednjeg znanja i stavova o starijim osobama

klaster 3: mlađe sestre s osrednjim znanjem i s manjim radnim stažem.

Kako je vidljivo u opisu klastera, patronažne medicinske sestre iz klastera 1 imaju veće znanje o starijim osobama, starije su po dobi imaju i radni staž od 11 do 30 godina i pretežno pozitivne stavove prema starijim osobama. I patronažne medicinske sestre iz klastera 2 imaju pozitivne stavove prema starijim osobama tako da možemo reći da većina ispitanica naginje više prema pozitivnim, nego prema negativnim stavovima. Takav opis medicinskih sestara daju i druga istraživanja provedena s ciljem da se utvrdi koji čimbenici utječu na stavove medicinskih sestara o starijim osobama. Kavlak i suradnici (2015) definirali su koje osobine medicinske sestre mogu imati utjecaj na stavove prema starijim osobama. Oni navode spol, dob, razinu obrazovanja, bračni status i obilježja ličnosti patronažne medicinske sestre. Kod svih je značajan čimbenik dob, odnosno starije medicinske sestre i tehničari imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama. Osoblje više razine obrazovanja ima pozitivnije stavove prema starijim osobama, a i osobe koje su u braku imaju više strpljenja i pozitivnije stavove. Autori navode i da medicinske sestre koje nemaju neurotska obilježja ličnosti imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama (Kavlak i sur. 2015, 5). Prema istraživanju Soderhamn i suradnika (2001) medicinski tehničari imaju manje strpljenja u radu sa starijim osobama nego medicinske sestre, tako da i spol ima utjecaj na stavove (Soderhamn i sur. 2001, 228). Budući da su u prva dva klastera starije medicinske sestre i one srednje dobi, to ukazuje na činjenicu da starije medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema starijim osobama, a to je pokazalo i niz istraživanja. Istraživanje provedeno na onkološkom odjelu pokazalo je da postoje diskriminatorna ponašanja medicinskih sestara prema starijim pacijentima, ali je isto tako pokazalo da po godinama starije medicinske sestre pokazuju manje takvih ponašanja od onih mlađih, odnosno starije medicinske sestre koje imaju više radnog staža pokazuju više empatije i razumijevanja za starije pacijente (Schroyen i sur. 2013, 755). Ne samo da se kod medicinskih sestara javlja negativan stav prema starijim osobama kao pacijentima, nego i prema starijim kolegicama pokazuju negativne stavove. Smatraju da starije kolegice nisu u stanju svladati nove metode u zdravstvenoj njezi i da ne mogu pratiti nove tehnologije koje se koriste u zdravstvenim ustanovama, a javlja se i stav da starije medicinske sestre ne mogu raditi tako učinkovito kao mlađe vezano za brzinu obavljanja radnih zadataka (Kagan i Melendez-Torres 2015, 648). Svrstavanje patronažnih

medicinskih sestara iz ovog istraživanja u klastere dalo je uvid u karakteristike medicinskih sestara i u razloge formiranja njihovih stavova prema starijim osobama. Naime, u ovom slučaju edukacija nije odigrala neku veliku ulogu u formiranju stavova patronažnih sestara, već je to prije radno i životno iskustvo.

3.5.8 Znanstveni doprinos istraživanja

Doprinos ovog istraživanja je što je rađeno vrlo malo istraživanja o znanju i stavovima medicinskih sestara prema starijim osobama koje rade u zajednici, čak i na svjetskoj razini, dok u Hrvatskoj ili Sloveniji nije napravljeno niti jedno. Vjerojatno zbog jednostavnosti pristupa, većina istraživanja na tu temu rađena su ili sa studentima sestrinstva ili s medicinskim sestrama koje su zaposlene u ustanovama ili bolnicama. S obzirom na to da većina starijih osoba živi u svojoj kući, u zajednici, a rad patronažnih sestara orijentiran je na zajednicu, od presudne važnosti su njihovi stavovi i znanje o starijim osobama za detekciju problema, te za prevenciju i otklanjanje problema.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je za produciranje pozitivnih stavova prema starijim osobama nužna i edukacija i bolji direktni kontakt sa starijim osobama. Dobiveni su i podaci o znanju patronažnih medicinskih sestara o starijim osobama, izdvojena su područja u kojima je to znanje manjkavo, te bi se na ta područja mogao staviti naglasak u budućem kurikulumu gerontološkog sestrinstva. U Hrvatskoj se planira početak specijalizirane gerontološke edukacije medicinskih sestara druge bolonjske razine i ovaj rad će pružiti uvid u kvalitetu dosadašnjeg obrazovanja medicinskih sestara. Osim toga, on postavlja polaznu točku za razvoj kurikuluma studija sestrinstva na znanstvenoj osnovi. U radu se stavlja naglasak i na edukativnu ulogu patronažnih medicinskih sestara u zajednici kroz koju mogu vršiti utjecaj na društvo u cjelini kako bi se smanjile predrasude i stereotipi prema starijim osobama, te pokušao smanjiti ageizam na najmanju moguću mjeru. Cilj je uspostaviti društvo u kojem starije osobe neće biti zapostavljene i bolesne, nego aktivni sudionici koji će, između ostalog, brinuti i o svojem zdravlju, što na kraju dovodi do smanjenja troškova zdravstvenih usluga.

3.5.9 Ograničenja istraživanja

Jedno od osnovnih ograničenja istraživanja jest što je istraživanje provedeno elektroničkim putem što je rezultiralo relativno slabim odazivom na istraživanje. Iako je upitnik dijeljen tri

puta na iste adrese elektroničke pošte uz podsjetnike da ga se popuni, svaki put se odazvalo sve manje ispitanika. Kako su patronažne medicinske sestre zbog specifičnosti posla raspoređene po cijeloj državi, to je bio, s tehničkog gledišta, najpraktičniji oblik anketiranja. Drugo ograničenje je sam Palmorov *Facts on Aging Quiz* u kojem je dana mogućnost samo dva odgovora na postavljenu tvrdnju: da i ne. To ograničava sudionike, ali im i daje više mogućnosti, čak 50 % da pogode odgovor. Većina istraživanja pokazala je da je Palmorov *Facts on Aging Quiz* pouzdan (Miller i Dodder 1980). U ovom istraživanju korištena je revidirana verzija upitnika koja isto ima dva moguća odgovora, ali su autorice revizije pola pitanja prilagodile današnjem vremenu, dok je pola pitanja ostalo iz originalnog Palmorovog *Facts on Aging Quiza* (Breyspraak i Badura 2015). Neki autori su predlagali uključivanje treće vrste odgovora: „Ne znam“ u originalni upitnik, kako bi izbjegli da ispitanici pogađaju točan odgovor ako ga ne znaju. Prvi upitnik s višestrukim odgovorima korišten je 1996. godine te je uistinu bila smanjena greška zbog pogađanja odgovora (Harris i sur. 1996), ali nisu dobiveni značajno različiti rezultati od originalnog Palmorovog *Facts on Aging Quiza*. Treće ograničenje istraživanja je što se u upitniku nalaze neka pitanja na koja su mogući i jedan i drugi odgovor, ovisno o državi istraživanja, odnosno ovisno o trenutnim epidemiološkim podacima. Takvo je pitanje o HIV infekciji, zatim pitanje o alkoholizmu kod starijih osoba, pitanje o depresiji i stopi samoubojstava kod starijih osoba, u kojima su podatci različiti za različita područja u Europi i svijetu, a isto tako se i razlikuju epidemiološki pokazatelji po godinama. Četvrto ograničenje je što kao pokazatelj edukacije nisu uspoređivani nastavni planovi i programi studija sestrinstva u obje države, nego je kao mjerilo uzeta satnica kolegija koji se bave gerontološkom tematikom. Drugim riječima, oslanjali smo se na kvantitetu gerontoloških sadržaja koji se nude na studiju sestrinstva, a ne na kvalitetu. Peto ograničenje istraživanja je mogućnost davanja društveno prihvatljivih odgovora. Iako je ispitanicima objašnjeno da je upitnik anonimn i u samom postupku slanja upitnika ispitanicima je naglašena komponenta anonimnosti, uvijek postoji dio ispitanika koji daju odgovore koji se smatraju društveno poželjnim. To se vidi i iz činjenice da je većina odgovora o stavovima prema osobinama starijih osoba neutralna, odnosno u većini odgovora nisu naglašavane negativne osobine starijih osoba, ali ni pozitivne. Može se vidjeti i utjecaj stereotipa prema starijim osobama na odgovore ispitanica. Primjeri stereotipiziranja su vidljivi na tvrdnji o seksualnosti starijih osoba, sigurne vožnje, učinkovitosti starijih radnika, rigidnosti u stavovima i mišljenjima starijih osoba, a i tvrdnja o težem prilagođavanju starijih osoba na nove okolnosti je također stereotip. Ispitanice misle i da starije osobe moraju svoje zdravlje ocijeniti kao loše, da se trebaju bojati kriminala jer su češće žrtve kriminala dok

dostupni statistički podatci ne govore u prilog takvoj tvrdnji. Iz takvih odgovora vidljivo je da je na stavove patronažnih medicinskih sestara prema starijim osobama, a i na njihovo znanje više utjecalo iskustvo, nego znanje stečeno tijekom formalne edukacije jer neke od činjenica koje su ispitivane u upitnicima nisu ni zastupljene u gradivu kolegija na studijima sestrinstva.

6 ZAKLJUČAK

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća došlo je do velikih demografskih promjena u razvijenim zemljama. Udio starijih osoba u populaciji se povećao do te mjere da u nekim zemljama već petina stanovništva ima 65 i više godina. Ne samo da se povećao udio starijih osoba, nego se promijenila i struktura tog dijela stanovništva. Starije osobe danas nisu „stare i nemoćne“, one su često aktivni, samostalni, relativno zdravi i zadovoljni stanovnici koji se mogu brinuti za sebe sve do ulaska u duboku starost. Međutim, predrasude prema starijim osobama i stereotipi o toj grupaciji stanovništva stavljaju ih u nepovoljan položaj koji u konačnici može dovesti do diskriminacije na raznim područjima života. Budući da većina starijih osoba živi u svojoj kući, sami ili sa svojom obitelji, potrebno im je osigurati dostupnost različitih sadržaja, zdravstvenu, socijalnu i financijsku sigurnost u mjestu u kojem žive, a ne smještajem u neku ustanovu. Iako je do nedavno naglasak na skrb starijih osoba bio na ustanovama koje zbrinjavaju starije osobe, zbog nedostatnih kapaciteta tih domova, a i zbog veće kvalitete života starijih osoba, sve više se govori o konceptu starenja u mjestu u kojem osoba živi. Ali za to su potrebni resursi u zajednici koji trenutno nisu dostatni da pokriju potrebe sve većeg broja starijih osoba. Patronažne medicinske sestre imaju svakodnevno u skrbi starije osobe i zbog toga bi baš one mogle postati, ako to već nisu, najvažnija karika u skrbi za starije osobe u zajednici. Na život starijih osoba u njihovom domu utječe niz čimbenika. Važan je podatak kakvo je zdravstveno i funkcionalno stanje starije osobe, živi li sama u kućanstvu ili sa članovima obitelji, kakva je dostupnost trgovina, zdravstvenih ustanova i ostalih sadržaja, kakva je prometna povezanost unutar mjesta stanovanja. Sve te čimbenike mogla bi procijeniti patronažna medicinska sestra te osigurati uključivanje raznih službi, ali i povezati različite službe u skrbi za starije osobe. Da bi to mogla, mora imati dosta znanja o starenju i procesima koji nastupaju u starosti, ali i razumijevanje za potrebe starijih osoba u njihovom domu.

Cilj ovog istraživanja bio je otkriti koju razinu znanja imaju patronažne medicinske sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji o starijim osobama i kakav to utjecaj ima na njihove stavove prema starijim osobama. Na osnovu tih podataka može se zaključiti koje promjene bi trebalo učiniti u edukaciji patronažnih medicinskih sestara u budućnosti.

Ovo istraživanje je pokazalo da formalna edukacija nema dovoljno sadržaja iz područja gerontologije i da zapravo ne pruža dovoljno znanja studentima sestinstva. Patronažne medicinske sestre iskazale su u prosjeku osrednje znanje o starenju, a pokazalo se i da se

ono temelji manje na edukaciji, a više na iskustvu i godinama rada provedenim u patronažnoj službi. Na studijima sestinstva veliki utjecaj na konačan ishod edukacije ima praktični dio nastave koji je na području gerijatrije i gerontologije vrlo mali. Važno je i kakav je taj praktični dio, odnosno sreću li se studenti sestinstva na praksi samo s bolesnim starijim osobama ili imaju kontakt i sa zdravim osobama. Kako je do 2014. godine u Hrvatskoj postojao samo kolegij Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika čiji naziv preudicira da se tu govori samo o bolesnim starim osobama i praktični dio nastave bio je usmjerena u takve ustanove gdje se zbrinjavaju samo bolesne stare osobe. Iako se naziv kolegija kasnije promijenio u Zdravstvena njega starijih osoba, sadržaji unutar njega nisu se značajno promijenili. Uz povećanu satnicu predavanja naglasak je stavljen isključivo na teoretski dio nastave, dok je satnica praktične nastave ostala ista. U Sloveniji su kolegiji koji pokrivaju gerontološku problematiku zastupljeni u različitom opsegu na različitim fakultetima, ali specifično za njih je puno veća satnica praktičnog dijela nastave. U obje države edukacija iz područja gerontologije i gerijatrije svodi se na samo i eventualno jedan kolegij tijekom studiranja. Najveći pomak prema široj i sveobuhvatnijoj edukaciji studenata sestinstva na drugom bolonjskom stupnju je napravila Univerza v Novem mestu gdje postoji modul iz područja gerontološke zdravstvene njege sastavljen od tri kolegija, ali nije navedeno imaju li studenti praktičnu nastavu i koliko praktične nastave moraju realizirati.

Osnovni zaključci ovog istraživanja bili bi:

- 1) patronažne medicinske sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji imaju osrednje znanje o starenju i starijim osobama
- 2) patronažne medicinske sestre u Hrvatskoj i u Sloveniji imaju osrednje stavove prema starijim osobama
- 3) znanje prema starijim osobama, država u kojoj žive i u kojoj su se školovale te suživot sa starijom osobom nemaju utjecaj na stavove prema starijim osobama kod anketiranih patronažnih medicinskih sestara
- 4) utjecaj na stavove prema starijim osobama ima dob patronažnih medicinskih sestara u smislu da starije medicinske sestre imaju pozitivnije stavove
- 5) iz svega prethodno navedenog možemo zaključiti da iskustvo rada sa starijim osobama, ali i životno iskustvo imaju utjecaj na stavove patronažnih medicinskih sestara.

Iako u ovom istraživanju nisu uspoređivani sadržaji gerontoloških kolegija iz prikupljenih podataka možemo definirati u kojem bi smjeru trebala ići edukacija patronažnih medicinskih

sestara, ali i ostalih zdravstvenih stručnjaka koji u većoj ili manjoj mjeri sudjeluju u skrbi za starije osobe:

- 1) u nastavne planove za studije sestriinstva treba uvrstiti nove edukativne sadržaje s područja gerontologije uz povećanu satnicu praktičnog rada sa starijim osobama u različitim ustanovama i u njihovoj kući, posebno sa zdravim starijim osobama
- 2) u edukaciji naglasak treba staviti na sadržaje u kojima su patronažne medicinske sestre pokazale najmanje znanja: razlika između normalnih promjena kod starijih osoba i onih patoloških, osobine ličnosti ili promjene osobnosti kod starijih osoba, seksualnost starijih osoba, sigurna vožnja u starijoj dobi, rizici za sigurnost starijih osoba, doživljaj zdravlja ili bolesti u starijoj dobi i anksioznost, odnosno odnos prema smrti starijih osoba
- 3) u edukaciju studenata sestriinstva treba uključiti neformalne kontakte sa zdravim starijim osobama kroz projekte volontiranja u umirovljeničkim klubovima, domovima za starije osobe, u zajednici, kroz posjete starijim osobama koje žive u svojoj kući
- 4) poseban naglasak u edukaciji treba staviti na nove koncepte skrbi za starije osobe u zajednici: starenje u mjestu i integrativan pristup starijim osobama u zajednici.

Iz ovog istraživanja je vidljivo da patronažne medicinske sestre dosta dobro poznaju fizičke promjene koje se javljaju kroz proces starenja, ali slabije poznaju psihičke promjene i socijalno funkcioniranje u starijoj dobi. Zbog toga su odgovorile da su starije osobe utvrdile svoje ponašanje i da se ono ne može promijeniti, da svoje zdravlje ne smatraju dobrim, da nemaju kapacitet za seksualne odnose, da se boje kriminala. Isto tako, nemaju dovoljno znanja po pitanju socijalnog funkcioniranja starijih osoba u što također ulazi tvrdnja o seksualnim odnosima, strah od kriminala, ali i vožnja auta u starijoj životnoj dobi. Edukacija bi trebala biti primarno usmjerena na prevenciju bolesnih stanja u starijoj životnoj dobi i na zdravo starenje, odnosno promjene koje se događaju u organizmu kroz proces starenja kod zdrave starije osobe. Također, u edukaciju bi, uz fizičko i psihičko zdravlje, trebalo uvrstiti i socijalnu komponentu zdravlja te duhovnost kao važan dio zdravlja. Nakon obrade gradiva koje obrađuje zdravu osobu, trebalo bi obraditi bolesti koje su najčešće u starijoj životnoj dobi uz specifičnosti koje se javljaju kod starijeg organizma.

Uz uvođenje novih edukativnih sadržaja u programe studija sestriinstva važno je i na koji način je organizirana praktična nastava. Prijedlog je da u nastavi sudjeluju iskusne medicinske sestre koje imaju mnogo iskustva u radu sa starijim osobama i pozitivne stavove prema radu sa starijim osobama. Međutim, nastava se ne bi trebala odvijati samo u

zdravstvenim i socijalnim ustanovama, nego i u volonterskim centrima, udrugama umirovljenika, gerontološkim centrima, dnevnim boravcima za starije osobe, ali i u kući starije osobe kroz volonterske programe međugeneracijske pomoći.

Iz ovog istraživanja je vidljivo i da su glavni nosioci skrbi za starije osobe još uvijek neformalni negovatelji koji nemaju edukaciju iz tog područja, a nisu ni plaćeni za taj posao. Neformalni negovatelji u većini europskih zemalja nemaju nikakvu podršku unutar zdravstvenog sustava i često ih se zaboravlja kada se govori o skrbi za starije osobe. U edukativne programe svakako bi trebalo uvrstiti pomoć neformalnim negovateljima, a nositeljice edukacije, detektiranja potreba i organiziranja pomoći bile bi patronažne medicinske sestre. Zbog opsežnosti gradiva koje bi trebalo biti zastupljeno u takvom programu nije dovoljan jedan kolegij ili izborni modul na već postojećim studijima sestrinstva. Edukacija bi se trebala odvijati barem na specijalističkoj razini kao nastavak na formalnu edukaciju medicinskih sestara.

Predmet sljedećeg istraživanja trebao bi biti sadržaj gerontoloških kolegija koji se nude na različitim studijima sestrinstva te njihova usporedba, a zatim prijedlog novog programa edukacije. Takav program edukacije trebali bi osmisliti socijalni gerontolozi zajedno s predstavnicima zdravstvenih i socijalnih struka, ali i uključivanjem drugih stručnjaka u čije područje zadire gerontologija kako bi se skrb za starije osobe učinila što kvalitetnijom i kako bi edukaciju prilagodili modernom vremenu u kojem živimo. Naglasak u edukaciji trebalo bi staviti na preventivne programe i procese starenja kod zdrave starije populacije uz uključivanje kontakta sa zdravim starijim osobama čime bi se smanjile predrasude prema starijim osobama.

Patronažne medicinske sestre su u svakodnevnom kontaktu sa starijim osobama koje žive u svojoj kući i to prije od svih ostalih zdravstvenih profesionalaca. Stoga je izuzetno važno da dobiju kvalitetnu i sveobuhvatnu edukaciju iz područja gerontologije jer samo kvalitetno obrazovane patronažne medicinske sestre koje imaju manje predrasuda, a više znanja o starijim osobama mogu provoditi adekvatne preventivne aktivnosti u zaštiti starijih osoba i sigurno voditi starije osobe kroz zdrav proces starenja.

7 POPIS LITERATURE I IZVORA

1. Abrams, Dominic, Pascale Sophieke Russell, Christin-Melanie Vauclair i Hannah Swift. 2011. *Ageism in Europe*. London: Age UK.
2. Abudu-Birresborn, Diana, Lynn McCleary, Martine Puts, Vida Yakong i Lisa Cranley. 2019. Preparing Nurses and Nursing Students to Care for Older Adults in Lower and Middle-Income Countries. A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies* 92: 121–134.
3. *Aging in place*. Dostupno na: <https://ageinplace.com/aging-in-place-basics/what-is-aging-in-place/> (17. listopad 2019).
4. Ajduković, Marina, Silvia Rusac i Jelena Ogresta. 2008. Izloženost starijih osoba nasilju u obitelji. *Revija za socijalnu politiku* 15(1): 3–22.
5. Allan, Linda J. i James Johnson. 2009. Undergraduate Attitudes toward the Elderly: The Role of Knowledge, Contact and Aging Anxiety. *Educational Gerontology* 35(1): 1–14.
6. Allen, Julie O. 2016. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist* 56(4): 610–614.
7. *Alma Mater Europeae – Evropski center Maribor. Zdravstvene vede*. Dostupno na: <https://www.almamater.si/zdravstvene-vede-c9#program> (20. prosinac 2019).
8. Allport, Gordon W. 1958. *The nature of prejudice*. Garden City, New York: Doubleday Anchor Books.
9. Alzheimer's Association. 2019. *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. *Alzheimers Dement* 15(3): 321–387.
10. Amacher, Astrid E., Irina Nast, Barbara Zindel, Lukas Schmid, Valérie Krafft i Karin Niedermann. 2016. Experiences of general practitioners, home care nurses, physiotherapists and seniors involved in a multidisciplinary home-based fall prevention programme: a mixed method study. *BMC Health Services Research* 16:469. Dostupno na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1719-5> (8. kolovoz 2019).
11. Anguillo, Loren, Susan Krauss Whitbourne i Charles Powers. 2006. The Effects of Instruction and Experience on College Students' Attitudes toward The Elderly. *Educational Gerontology* 22(5): 483–495.

12. Aronson, Elliot, Timothy D. Wilson i Robin M. Akert. 2005. *Socijalna psihologija*. Zagreb: MATE d. o. o.
13. Arránz Becker, Oliver i Anja Steinbach. 2012. Relations between Grandparents and Grandchildren in the Context of the Family System. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 37 (3–4): 543–566.
14. Baars, Jan. 2012. *Aging and the art of living*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
15. Baars, Jan, Joseph Dohmen, Amanda Grenier i Chris Phillipson. 2013. *Ageing, meaning and social structure, Connecting critical and humanistic gerontology*. Bristol UK: Policy Press, University of Bristol.
16. Ball, Elaine. 2013. Evolution of contemporary nursing. U *Foundations of Nursing Practice*, ur. Chris Brooker i Anne Waugh. London: Elsevier Ltd.: 33–60.
17. Balmain, Bryce N., Surendran Sabapathy, Menaka Louis i Norman R. Morris. 2018. Aging and Thermoregulatory Control: The Clinical Implications of Exercising under Heat Stress in Older Individuals. *BioMed Research International*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6098859/> (8. rujan 2019).
18. Bauer, Michael, Emily Haesler i Deirdre Fetherstonhaugh. 2015. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations* 19: 1237–1250.
19. Baumbusch, Jennifer, Sherry Dahlke i Alison Phinney. 2012. Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 68(11): 2550–2558.
20. Beard, John R, Alana Officer, Islene Araujo de Carvalho, Ritu Sadana, Anne Margriet Pot, Jean-Pierre Michel, Peter Lloyd-Sherlock, JoAnne E Epping-Jordan, G M E E (Geeske) Peeters, Wahyu Retno Mahanani, Jotheeswaran Amuthavalli Thiagarajan i Somnath Chatterji. 2016. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet* 387(10033): 2145–2154.
21. Bergman, Elizabeth J., Mary Ann Erickson i Jocelyn N. Simons. 2014. Attracting and Training Tomorrow's Gerontologists: What Drives Student Interest in Aging?. *Educational Gerontology* 40(3): 172–185.
22. Bergman, Yoav S. i Ehud Bodner. 2015. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *International Psychogeriatrics* 27(9): 1541–1550.
23. Berk, Laura E. 2008. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

24. Bindels, Jill, Karen Cox, Guy Widdershoven, Onno CP. van Schayck i Tineke A. Abma. 2013. Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 23(15-16): 2313–2322.
25. Bing-Jonsson, Pia Cecilie, Dag Hofoss, Marit Kirkevold, Ida Torunn Bjørk i Christina Foss. 2016. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing* 15:5. Dostupno na: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0124-z> (21. svibanj 2019).
26. Błachnio, Aleksandra i Leszek Buliński. 2013. Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine. *Medical Science Monitor* 19: 674–680.
27. Bleijenberg, Nienke, Michel J. M. Jansen i Marieke J. Schuurmans. 2012. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people – A longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice* 2(2). Dostupno na: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/528/468> (1. veljača 2017).
28. Bostock, Sophie i Andrew Steptoe. 2012. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *The BMJ* 344:e1602. Dostupno na: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1602> (20. siječanj 2020).
29. Bousfield, Catherine i Paul Hutchison. 2010. Contact, Anxiety, and Young People's Attitudes and Behavioral Intentions Towards the Elderly. *Educational Gerontology* 36(6): 451–466.
30. Braun, Kathryn L, Michael Cheang i Dennis Shigeta. 2005. Increasing Knowledge, Skills, and Empathy Among Direct Care Workers in Elder Care: A Preliminary Study of an Active-Learning Model, *The Gerontologist* 45(1): 118–124.
31. Breyspraak, Linda i Lynn Badura. 2015. *Facts on Aging Quiz* (revised ;based on Palmore (1977; 1981)) Dostupno na: <http://info.umkc.edu/aging/quiz/> (1. veljača 2017).
32. Brownell, Patricia. 2010. Social issues and social policy response to abuse and neglect of older adults. U *Aging, Ageism and Abuse: Moving from Awareness to Action*, ur. Gutman, Gloria i Spencer, Charmaine, 1–16. London: Elsevier.

33. Bryant, Christina, Kim-Michelle Gilson, Angela Komiti, Henry Jackson i Fiona Judd. 2016. Antecedents of Attitudes to Aging: A Study of the Roles of Personality and Well-being. *The Gerontologist* 56 (2): 256–265.
34. Butler, Robert N. 1969. Age-Isms: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist* 9(4): 243–245.
35. Butler, Robert N. 2001. Ageism. U *The Encyclopedia of Aging*. Third Edition. Maddox, George L. (ur.), New York: Springer Science and Business Media: 39–40.
36. Caputo, Fabio, Teo Vignoli, Lorenzo Leggio, Giovanni Addolorato, Giorgio Zoli i Mauro Bernardi. 2012. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology* 47(6): 411–416.
37. Carrieri, Vincenzo, Cinzia Di Novi i Cristina Elisa Orso. 2017. Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the Use of Home Care Services in Europe. *Fiscal Studies* 38(3): 445–468.
38. Carter, Jori S. i Levi S, Downs. 2012. Vulvar and Vaginal Cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39(2): 213–231.
39. Carver, Lisa F. i Diane Buchanan. 2016. Successful aging: considering non-biomedical constructs. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1623–1630.
40. Cavazzana, Annachiara, Anja Rohrborn, Susan Garthus-Niegel, Maria Larsson, Thomas Hummel i Ilona Croy. 2018. Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLoS ONE* 13(8). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202969> (20. prosinac 2019).
41. Chai, Xiaohui, Cheng Cheng, Jiaojiao Mei i Xiuzhen Fan. 2019. Student nurses` career motivation toward gerontological nursing: A longitudinal study. *Nurse Education Today* 76(2): 165–171.
42. Chopik, William J. 2017. Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death Studies* 41 (2): 69–77.
43. Claridge, Ann. 2013. Spirituality: a neglected aspect of care. U *A textbook of Community Nursing*, ur. Chilton, Sue, Heather Bain, Ann Clarridge i Karen Melling, 136–150. Boca Raton; USA: Taylor & Francis Group.
44. Coe, Norma B. i Gema Zamarró. 2011. Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics* 30 (1): 77–86.
45. Coffey, Alice, Catherine Buckley, Elaine Murphy, Geraldine McCarthy, Uta Gaidys, Julita Sansoni, Marjut Arola, Dagnia Deimante-Hartmane, Sabrina Auer,

- Elisabetta Corvo i Corinna Petersen-Ewert. 2015. Attitudes to older people and perceptions of working with older people of students of health and social care. *Report available at ELLAN – European Later Life Active Network*. Dostupno na: <http://ellan.savonia.fi/> (22. siječanj 2017).
46. Coleman, Peter G. 2010. Religion and Age. U *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, ur. Dannefer, Dale i Chris Phillipson, 164–176. London, UK: Sage Publications ltd.
47. Conroy, Ronán M., Jeannette Golden, Isabelle Jeffares, Desmond O'Neill i Hannah McGee. 2010. Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychology, Health & Medicine* 15(4): 463–473.
48. Cooper, Claudia, Louise Marston, Julie Barber, Deborah Livingston, Penny Rapaport, Paul Higgs i Gill Livingston. 2018. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. *PLoS ONE* 13(3). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193399> (20. kolovoz 2018).
49. Courtney, Mary, Shilu Tong i Anne Walsh. 2000. Acute Care Nurses' Attitudes Towards Older Patients: A Literature Review. *International Journal of Nursing Practice* 6(2): 62–69.
50. Cozort, Rachel W. 2008. Student nurses' attitudes regarding older adults: Strategies for fostering improvement through academia. *Teaching and Learning in Nursing* 3(1): 21–25.
51. Crespo Laura i Pedro Mira. 2014. Caregiving to elderly parents and employment status of european mature women. *The Review of Economics and Statistics* 96(4): 693–709.
52. Croezen, Simone, Mauricio Avendano, Alex Burdorf i Frank J. van Lenthe. 2015. Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries. *American Journal of Epidemiology* 182(2): 168–176.
53. Černoša, Metka i Boris Miha Kaučič. 2018. Stališča dijakov zdravstvene njege do staranja in sterejših ljudi. U *Celostna obravnava pacienta*, ur. Nevenka Kregar Velikonja, 112–119. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

54. Čurin, Jasna. 2018. Sveučilište za treću životnu dob Pučkog otvorenog učilišta Zagreb: 26 godina kontinuiteta u obrazovanju seniora u Hrvatskoj. *Andragoški glasnik* 22(1): 27–38.
55. Darling, Rosa, Merdiye Sendir, Serdar Atav i Funda Buyukyilmaz. 2018. Undergraduate nursing students and the elderly: An assessment of attitudes in a Turkish university. *Gerontology & Geriatrics Education* 39(3): 283–294.
56. De Giorgio, Roberto, Eugenio Ruggeri, Vincenzo Stanghellini, Leonardo H. Eusebi, Franco Bazzoli i Giuseppe Chiarioni. 2015. Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist. *BMC Gastroenterology* 15:130. Dostupno na: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12876-015-0366-3> (20. prosinac 2019).
57. Deasey, Debra, Ashley Kable i Sarah Jeong. 2014. Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing* 33(4): 229–236.
58. De Guzman, Allan B., Benito Christian B. Jimenez, Kathlyn P. Jocson, Aileen R. Junio, Drazen E. Junio, Jasper Benjamin N. Jurado i Angela Bianca F. Justiniano. 2013. Filipino Nursing Students' Behavioral Intentions Toward Geriatric Care: A Structural Equation Model (SEM). *Educational Gerontology* 39(3): 138–154.
59. Deltsidou, Anna, Eftihia Gesouli – Voltyraki, Dimos Mastrogiannis, Marianna Mantzorou i Maria Noula. 2010. Nurse teachers' and student nurses' attitudes towards caring the older people in a province of greece. *Health Science Journal*. Dostupno na: <http://www.hsj.gr/medicine/nurse-teachers-and-student-nurses-attitudes-towards-caring-the-older-people-in-a-province-of-greece.php?aid=3583> (25. siječanj 2017).
60. Demir, Gokce, Sevil Bicer, Deniz Bulucu-Böyüksoy i Betül Özen. 2016. Attitudes of Nursing Students about Ageism and the Related Factors. *International Journal of Caring Sciences* 9(3): 900–908.
61. Deschodt, Mieke, Bernadette Dierckx de Casterle i Koen Milisen. 2010. Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of Advanced Nursing* 66(1): 139–148.
62. Deschodt, Mieke, Benoit Boland, Cecilia M. Lund, Kai Saks, Venetia-Sofia Velonaki, Olafur Samuelsson, Sean Kennelly, Mark Anthony Vassallo, Gregor Veninšek i Johan Flamaing. 2018. Implementation of geriatric care models

- in Europe (imAGE.eu): a cross-sectional survey in eight countries. *European Geriatric Medicine* 9(6): 771–782.
63. Despot Lučanin, Jasminka. 2002. Zdravstvena psihologija i starenje. U *Zdravstvena psihologija*. 2. Izdanje. ur. Havelka, Mladen, 209–226. Jastrebarsko: Naklada Slap.
64. Despot Lučanin, Jasminka. 2003. *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
65. Di Pollina, Laura, Idris Guessous, Véronique Petoud, Christophe Combescure, Bertrand Buchs, Philippe Schaller, Michel Kossovsky i Jean-Michel Gaspoz. 2017. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics* 17:53. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310012/pdf/12877_2017_Article_449.pdf (8. kolovoz 2019).
66. Dobner, Susanne, Sako Musterd i Joos Droogleever Fortuijn. 2016. ‘Ageing in place’: experiences of older adults in Amsterdam and Portland. *GeoJournal* 81(2):197–209.
67. Dobrotić, Ivana. 2016. Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 25(1): 21–42.
68. Doherty, Mandy, Elisabeth A. Mitchell i Siobhan O'Neill. 2011. Attitudes of Health care Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice* 2011. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/352627> (25. siječanj 2017).
69. Dohmen, Joseph. 2013. My own life: ethics, ageing and lifestyle. U *Ageing, meaning and social structure, Connecting critical and humanistic gerontology*, ur. Baars, Jan, Joseph Dohmen, Amanda Grenier i Chris Phillipson, 31–54. Bristol UK: Policy Press, University of Bristol.
70. Domitrović, Danijela Lana, Danko Relić, Antea Britvić, Zlata Ožvačić Adžić, Vesna Jureša i Venija Cerovečki. 2018. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. *Liječnički vjesnik* 140(7-8): 229–236.
71. Donizzetti, Anna Rosa. 2019. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, 1329. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517915/pdf/ijerph-16-01329.pdf> (8. kolovoz 2019).

72. Dornik, Ema, Gaj Vidmar i Maja Žumer. 2005. Nursing education in Slovenia and its impact on nurses publishing in their professional journal. *Nurse Education Today* 25(3): 197–203.
73. Doroudgar, Shadi, Hannah Mae Chuang, Paul J Perry, Kelan Thomas, Kimberly Bohnert i Joanne Canedo. 2017. Driving Performance Comparing Older versus Younger Drivers. *Traffic Injury Prevention* 18(1): 41–46.
74. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. 2006. *Eurostat*. Dostupno na: <https://www.dzs.hr/Eurostat-ESDS.htm> (17. siječanj 2017).
75. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. 2013. *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo po spolu i starosti*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Dostupno na: http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf (17. siječanj 2017).
76. Dunifon, Rachel i Ashish Bajracharya. 2012. The Role of Grandparents in the Lives of Youth. *Journal of Family Issues* 33(9): 1168–1194.
77. Duraković, Zijad. 2015. Antropologijske promjene uzrokovane starenjem. U *Javno zdravstvo*, ur. Puntarić, Dinko, Darko Ropac, Anamarija Jurčev Savičević i dr. 247–255. Zagreb: Medicinska naklada.
78. Duzel, Emrah, Henriette van Praag i Michael Sendtner. 2016. Can physical exercise in old age improve memory and hippocampal function? *Brain* 139(3): 662–673.
79. Eikemo, Terje A. 2018. Hidden health care in European health systems. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(4): 433–435.
80. Ekdahl, Anne, Anthony Fiorini, Stefania Maggi, Katharina Pils, Jean-Pierre Michel i Gerald Kolb. 2012. Geriatric care in Europe – the EUGMS Survey Part II: Malta, Sweden and Austria. *Europaeen Geriatric Medicine* 3(6): 388–391.
81. Eltantawy, Soad Hassan Abd Elhameed. 2013. Relation between Nursing Students' Knowledge of Aging and Attitude towards Elderly People and Their Will and Intent to Work with the Elderly. *Journal of Education and Practice* 4(27): 125–136.
82. El Haddad, Kamal, Philippe de Souto Barreto, Stephane Gerard, Aurelie Prouff, Bruno Vellas i Yves Rolland. 2018. Effect of Relocation on Neuropsychiatric Symptoms in Elderly Adults Living in Long-Term Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(11): 2183–2187.
83. Engström, Gabriella i Ingegard Fagerberg. 2011. Attitudes towards older people among Swedish health care students and health care professionals working in elder care. *Nursing Reports* 1(2). Dostupno na:

- <http://www.pagepressjournals.org/index.php/nursing/article/view/nursrep.2011.e2/pdf> (7. veljača 2017).
84. Ericson-Lidman, Eva, Astrid Norberg, Birgitta Persson i Gunilla Strandberg. 2013. Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(2): 215–223.
 85. *European Geriatric Medicine Society*. Dostupno na: <https://www.eugms.org/our-members/national-societies.html> (26. prosinca 2019).
 86. European Society of Cardiology. 2018. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 39(33): 3021–3104.
 87. Eurostat. 2017a. *People in the EU – statistics on an ageing society*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/41901.pdf> (17. srpanj 2018).
 88. Eurostat. 2017b. *A look at the lives of the elderly in the EU today*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/> (10. siječanj 2019).
 89. Eurostat. 2019. *Aging Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
 90. Fahlstrom, Gunilla, Kitty Kamwendo, Jenny Forsberg i Lennart Bodin. 2017. Fall prevention by nursing assistants among community-living elderly people. A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32(2): 575–585.
 91. Ferrario, Catherine G., Florida J. Freeman, Gaile Nellett i Jeanne Scheel. 2008. Changing Nursing Students' Attitudes About Aging: An Argument For The Successful Aging Paradigm. *Educational Gerontology* 34(1): 51–66.
 92. Filipovič Hrast, Maša, Richard Sendi, Valentina Hlebec i Boštjan Kerbler. 2019. Moving House and Housing Preferences in Older Age in Slovenia. *Housing, Theory And Society* 36(1): 76–91.
 93. Fisher, James M i Richard W. Walker. 2013. A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students. *Age and Ageing* 43(3): 424–428.
 94. Fitzgerald, James T, Linda A. Wray, Jeffrey B. Halter, Brent C. Williams i Mark A. Supiano. 2003. Relating Medical Students' Knowledge, Attitudes, and Experience to an Interest in Geriatric Medicine. *The Gerontologist* 43(6): 849–855.

95. Flatt, Michael A., Richard A. Settersten, Roselle Ponsaran i Jennifer R. Fishman. 2013. Are “Anti-Aging Medicine” and “Successful Aging” Two Sides of the Same Coin? Views of Anti-Aging Practitioners. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 68(6): 944–955.
96. Frankl, Viktor E. 2015. *Čovjekovo traganje za smislom*. Zagreb: Planetopija.
97. Freeman, Aislinne, Stefanos Tyrovolas, Ai Koyanagi, Somnath Chatterji, Matilde Leonardi, Jose Luis Ayuso-Mateos, Beata Tobiasz-Adamczyk, Seppo Koskinen, Christine Rummel-Kluge i Josep Maria Haro. 2016. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health* 16:1098. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069819/pdf/12889_2016_Article_3638.pdf (8. kolovoz 2019).
98. Ganet, Nadine, Wienke Boerma, Dionne S. Kringos, Ans Bouman, Anneke Francke, Cecilia Fagerström, Maria Gabriella Melchiorre, Cosetta Greco i Walter Devillé. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11:207 Dostupno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207> (20. svibanj 2019).
99. Gawande, Atul. 2016. *Prolaznost*. Zagreb: Mozaik knjiga.
100. Gewirtz-Meydan, Ateret, Trish Hafford-Letchfield, Yael Benyamini, Amanda Phelan, Jeanne Jackson i Liat Ayalon. 2018a. Ageism and Sexuality. U *Contemporary Perspectives on Ageism*, ur. Ayalon, Liat i Clemens Tesch-Römer, 149-162. Cham: Springer International Publishing AG.
101. Gewirtz-Meydan, Ateret, Ahuva Even-Zohar i Shoshi Werner. 2018b. Examining the Attitudes and Knowledge of Social Work and Nursing Students on Later-Life Sexuality. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 37(4): 377–389.
102. Giddens, Anthony. 2007. *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
103. Ginter, Emil i Vladimir Simko. 2013. Women live longer than men. *Bratislava medical journal* 114(2): 45–49.
104. Glendinning, Caroline. 2013. Continuous and Long-term Care: European Perspectives. U *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, ur. Dannefer, Dale i Chris Phillipson, 552–561. London, UK: Sage Publications Ltd.
105. *Global Coalition on Aging*. 2018. Relationship-based Home Care: A Sustainable Solution for Europe's Elder Care Crisis. Dostupno na:

- <https://globalcoalitiononaging.com/2018/06/06/new-report-highlights-relationship-based-home-care-as-a-sustainable-solution-for-europes-looming-elder-care-crisis/> (15. svibanj 2019).
106. Gonzales, Ernest, Nancy Morrow-Howell i Pat Gilbert. 2010. Changing Medical Students' Attitudes Toward Older Adults. *Gerontology & Geriatrics Education* 31(3): 220–234.
 107. Gonzales, Ernest, Huei-Wern Shen, Tam E. Perry i Yi Wang. 2019. Intersections of Home, Health, and Social Engagement in Old Age: Formal Volunteering as a Protective Factor to Health After Relocation. *Research on Aging* 41(1): 31–53.
 108. Gorry, Aspen, Devon Gorry i Sita Nataraj Slavov. 2018. Does retirement improve health and life satisfaction? *Health Economics* 27(2): 2067–2086.
 109. Granbom, Marianne, Bjorn Slaug, Charlotte Lofqvist, Frank Oswald i Susanne Iwarsson. 2016. Community Relocation in Very Old Age: Changes in Housing Accessibility. *The American Journal of Occupational Therapy* 70(2): 1–9.
 110. Graveson, Jack, Sarah Bauermeister, Denis McKeown i David Bunce. 2015. Intraindividual Reaction Time Variability, Falls, and Gait in Old Age: A Systematic Review. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 71(5): 857–864.
 111. Grebenc, Vera. 2014. Understanding the needs of older People: Shifting Toward more Community Based Responses. *Revija za socijalnu politiku*: 21(2): 133–160.
 112. Grgić, Andrea, Tamara Poljičanin, Ivan Pristaš, Dunja Skoko-Poljak i Marijan Erceg. 2016. Istraživanje o provedbi preventivnih aktivnosti (programa/projekata) na području Republike Hrvatske tijekom 2015. godine. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 12(45): 138–152.
 113. Grimmer, Karen, Debra Kay, Jan Foot i Khushnum Pastakia. 2015. Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging* 10: 1803–1811.
 114. Grundberg, Ake, Anna Hansson, Pernilla Hilleras i Dorota Religa. 2016. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *Journal of Clinical Nursing* 25: 2590-2599.
 115. Habjanič, Ana i Danijela Lahe. 2012. Are frail older people less exposed to abuse in nursing homes as compared to community-based settings? Statistical

- analysis of Slovenian dana. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54(3): e261–e270.
116. Haesler, Emily, Michael Bauer i Deirdre Fetherstonhaugh. 2016. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals, *Nurse Education Today* 40: 57–71.
117. Hanson, Ruth M. 2014. 'Is elderly care affected by nurse attitudes?' A systematic review. *British Journal of Nursing* 23(4): 225–229.
118. Hardeland, Rüdiger. 2015. Melatonin and Circadian Oscillators in Aging – A Dynamic Approach to the Multiply Connected Players. U *Aging and Health: A Systems Biology Perspective*, ur. Yashin, Anatolij I. i S. Michael Jazwinski, 128–140. Basel: Karger AG.
119. Hardy, Wojciech, Aneta Kielczewska, Piotr Lewandowski i Iga Magda. 2018. Job retention among older workers in central and Eastern Europe. *Baltic Journal of Economics* 18(2): 69–94.
120. Harris, Diana K., Paul S. Chngas i Erdman B. Palmore. 1996. Palmore's first Facts on Aging Quiz in a multiple-choice format. *Educational Gerontology* 22:575–589.
121. Havelka, Mladen i Ana Havelka Meštrović. 2013. *Zdravstvena psihologija – Biopsihosocijalne odrednice zdravlja*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
122. Henderson, Julie, Lily Xiao, Lesley Sieglhoff, Moira Kelton i Jan Paterson. 2008. 'Older people have lived their lives': First year nursing students' attitudes towards older people. *Contemporary Nurse* 30: 32–45.
123. Higgins, Isabel, Pamela Van Der Riet, Lynne Slater i Carmel Peek. 2007. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse* 26(2): 225–237.
124. Hirose, Kenichi i Zofia Czepulis-Rutkowska. 2016. *Challenges in Long-term Care of the Elderly in Central and Eastern Europe*. Budapest: International Labour Organization, ILO DWT and Country Office for Central and Eastern Europe.
125. Hlebec, Valentina, Jana Mali i Maša Filipovič Hrast. 2014. Community care for older people in Slovenia. *Anthropological notebooks* 20(1): 5–20.
126. Hlebec, Valentina, Andrej Srakar i Boris Majcen. 2016. Care for the Elderly in Slovenia: A Combination of Informal and Formal Care. *Revija za socialnu politiku* 23(2):159–179.

127. Holder, Jacquetta M i David Jolley. 2012. Forced relocation between nursing homes: residents' health outcomes and potential moderators. *Reviews in Clinical Gerontology* 22(4): 301–319.
128. Holmes, Thomas H. i Richard H. Rahe. 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11(2): 213–218.
129. Hope, Kevin W. 1994. Nurses' attitudes towards older people: a comparison between nurses working in acute medical and acute care of elderly patient settings. *Journal of Advanced Nursing* 20(4): 605–612.
130. Hovey, Susan, Mary J Dyck, Cynthia Reese i Myoung Jin Kim. 2017. Nursing students' attitudes toward persons who are aged: An integrative review. *Nurse Education Today* 49: 145–152.
131. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). 2005. *Djelokrug rada i područje odgovornosti medicinskih sestara / medicinskih tehničara, vezano za razinu stečenog stupnja obrazovanja* Dostupno na: www.hkms.hr/.../1240836358_378_mala_djelokrug_rada_i_podrucje_odgovornost_i (16. veljača 2017).
132. Hrvatska komora medicinskih sestara. 2017. *Strateške smjernice razvoja sestriinstva u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017. – 2027.* Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.
133. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2018a. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017.* Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Ljetopis_2017.pdf (30. rujan 2018).
134. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2018b. *Epidemiologija HIV infekcije i AIDS-a u Hrvatskoj.* Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/epidemiologija-hiv-infekcije-i-aids-a-u-hrvatskoj/> (6. veljača 2019).
135. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2019. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018.* Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/> (4. srpanj 2019).
136. Hsu, Mei Hua Kerry, Man Ho Ling i Tai Lok Lui. 2019. Relationship Between Gerontological Nursing Education and Attitude Toward Older People. *Nurse Education Today* 74: 85–90.

137. Hudson, Nathan W. i R. Chris Fraley. 2016. Do People's Desires to Change Their Personality Traits Vary With Age? An Examination of Trait Change Goals Across Adulthood. *Social Psychological and Personality Science* 7(8): 847–856.
138. Hvalič Touzery, Simona, Angela Kydd i Brigita Skela Savič. 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik Zdravstvene Nege* 47(2):157–168.
139. Ippoliti, Roberto, Isabella Allievi, Greta Falavigna, Pasquale Giuliano, Floriana Montani, Paola Obbia, Silvia Rizzi i Giuliana Moda. 2018. The sustainability of a community nurses programme aimed at supporting active ageing in mountain areas. *The International Journal of Health Planning and Management* 33(4): 1–12.
140. Isengard, Bettina i Marc Szydlik. 2015. Living Apart (or) Together? Coresidence of Elderly Parents and Their Adult Children in Europe. *Research on Aging* 34(4): 449–474.
141. Iversen, Thomas Nicolaj, Lars Larsen i Per Erik Solem. 2009. A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology* 61(3): 4–22.
142. Jarosz, Mirosław J. i Anna Włoszczak-Szubbda. 2013. Family Health Nursing – A European Perspective. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 20(4): 643–644.
143. Jedvaj, Suzana, Ana Štambuk i Silvija Rusac. 2014. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme* 1(1): 135–154.
144. Jeleč Kaker, Diana, Marija Ovsenik i Jože Zupančič. 2016. Attitudes of Social Gerontology and Physiotherapy Students Towards the Elderly. *Organizacija* 49: 55–69.
145. Johnson, Sheena J., Sabine Machowski, Lynn Holdsworth, Marcel Kern i Dieter Zapf. 2017. Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology* 33(3): 205–216.
146. Joling, Karlijn J., Liza van Eenoo, Davide L. Vetrano, Veerle R. Smaardijk, Anja Declercq, Graziano Onder, Hein P. J. van Hout i Henriette G. van der Roest. 2017. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE* 13(1): e0190298. Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298> (8. kolovoz 2019).

147. Kagan, Sarah H. i G.J. Melendez-Torres. 2015. Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management* 23(5): 644–650.
148. Kalauz, Sonja, Marija Orlić-Šumić i Dragica Šimunec. 2008. Nursing in Croatia: Past, Present, and Future. *Croatian medical Journal* 49(3): 298–306.
149. Kalfoss, Mary H. 2017. Attitudes to ageing among older Norwegian adults living in the community. *British Journal of Community Nursing* 22(5): 238–245.
150. Kanis, John A., Fredrik Borgström, Juliet Compston, Karsten Dreinhöfer, Ellen Nolte, L. Jonsson, Willem F. Lems, Eugene V. McCloskey, Rene Rizzoli i Judy Stenmark. 2013. SCOPE: a scorecard for osteoporosis in Europe. *Archives of Osteoporosis* 8(1–2): 144.
151. Kanišek, Sanja, Ivana Barać i Verica Voloder. 2016. Patronaža – jučer, danas, sutra. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 12(45): 57–70.
152. Kappes, Cathleen, Werner Greve i Sabine Hellmers. 2013. Fear of crime in old age: precutius behaviour and its relation to situational fear. *European Journal of Ageing* 10: 111–125.
153. Karlstedt, Michaela, Barbro Wadensten, Ingegerd Fagerberg i Ulrika Poder. 2015. Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(2): 307–316.
154. Kavlak, Yasemin, Selda Yildiz i Ozgur Akin Tug. 2015. Nurses' Attitudes towards Older People: Report from a Single Institution Study. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 3(5): 1–6.
155. Kennedy, Catriona, Jean Harbison, Catherine Mahoney, Alison Jarvis i Linda Veitch. 2011. Investigating the contribution of community nurses to anticipatory care: a qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing* 67(7): 1558–1567.
156. Kessler, Ronald C., Howard Birnbaum, Evelyn Bromet, Irving Hwang, Nancy Sampson i Victoria Shahly. 2010. Age Differences in Major depression: Results from the National Comorbidity Surveys Replication (NCS-R). *Psychological Medicine* 40(2): 225.
157. King, Barbara J., Tonya J. Roberts i Barbara J. Bowers. 2013. Nursing Student Attitudes Toward and Preferences for Working with Older Adults. *Gerontology & Geriatrics Education* 34(3): 272–291.

158. Koh, Lai Chan. 2012. Student attitudes and educational support in caring for older people – A review of literature. *Nurse Education in Practice* 12(1): 16–20.
159. Komp, Kathrin i Marja Aartsen, ur. 2013. *Old Age in Europe – A Textbook of Gerontology*. London: Springer.
160. Krizmanić, Mirjana. 2014. *Jesenji valcer*. Zagreb: V. B. Z. d. o. o.
161. Kroon, Anne C., Martine van Selm, Claartje L. ter Hoeven i Rens Vliegthart. 2016. Reliable and unproductive? Stereotypes of older employees in corporate and news media. *Ageing & Society* 38(1): 166–191.
162. Krutilova, Veronika. 2016. Unmet Need For Health Care – A Serious Issue for European Elderly? *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 220: 217–225.
163. Kydd, Angela. 2010. Why Nurses Don't Like to Work with Older People: Fact or Fiction?. U *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene njege starostnika*, ur. Simona Hvalič Tozery i sur, 27–35. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
164. Kydd, Angela, Deidre Wild i Sara Nelson. 2013. Attitudes towards caring for older people: findings and recommendations for practice. *Art & science* 25(4): 21–28.
165. Kydd, Angela, Theris Touhy, David Newman, Brigita Skela-Savič, Simona Hvalič-Touzery, Joca Zurc, Michael Galatsch, Mio Ito i Ingegard Fageborg. 2014. Attitudes of Nurses, and Student Nurses Towards Working with Older People and to Gerontological Nursing as a Career in Germany, Scotland, Slovenia, Sweden, Japan and the United States. *International Journal of Nursing Education* 6(2): 182–190.
166. Lachs, Mark S. i Pillemer, Karl A. 2015. Elder Abuse. *The New England Journal of Medicine* 373(20): 1947–1956.
167. Lahtinen, Pia, Helena Leino – Kilpi i Leena Salminen. 2014. Nursing education in the European higher education area — Variations in implementation. *Nurse Education Today* 34(6): 1040–1047.
168. Laklija, Maja, Marina Milić Babić i Silvija Rusac. 2009. Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesi. *Ljetopis socijalnog rada* 16(1): 69–89.
169. Lally, Frank i Peter Crome. 2007. Undergraduate training in geriatric medicine: getting it right. *Age and Ageing* 36(4): 366–368.

170. Lambrinou, Ekaterini, Panayota Sourtzi, Athena Kalokerinou i Chrysoula Lemonidou. 2009. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Education Today* 29(6): 617–622.
171. Lee, Young – Shin. 2009. Measures of Student Attitudes on Aging. *Educational Gerontology* 35(2): 121–134.
172. Leskošek, Vesna. 2019. Poverty of Older Women in Slovenia. *Revija za socialnu politiku* 26(2): 227–240.
173. Levy, Becca R., Martin D. Slade, E-Shien Chang, Sneha Kannoht i Shi-Yi Wang. 2020. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist* 60(1): 174–181.
174. Levy, Sheri R. 2018. Toward Reducing Ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) Model. *The Gerontologist* 58(2): 226–232.
175. Ličen, Sabina i Nadja Plazar. 2015. Identification of nursing competency assessment tools as possibility of their use in nursing education in Slovenia — A systematic literature review. *Nurse Education Today* 35(4): 602–608.
176. Liu, Yun-e., Ian J. Norman i Alison While. 2013. Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9): 1271–1282.
177. Lončar, Ivana i Mladen Lončar. 2017. Zdravlje i seksualnost osoba treće životne dobi. *Socijalna psihijatrija* 45: 254–261.
178. Lloyd-Sherlock, Peter, Sutapa Agrawal i Nadia Minicuci. 2017. Fear of crime and older people in low- and middle-income countries. *Ageing & Society* 36: 1083–1108.
179. Lytle, Ashley i Sheri R. Levy. 2017. Reducing Ageism: Education About Aging and Extended Contact With Older Adults. *The Gerontologist* 59(3): 580–588.
180. Makarić, Porin, Domagoj Vidović, Ivan Čelić, Tihana Jendričko i Petrana Brečić. 2019. Suicidalnost u starijih osoba. *Socijalna psihijatrija* 47(4): 417–418.
181. Mali, Jana. 2019. Innovations in long-term care: The case of old people's homes in Slovenia. *Revija za socialnu politiku* 26(2): 207–225.
182. Mandville-Anstey, Sue Ann, Pam Ward, Patricia Grainger i Vicki Foley. 2014. Nursing students' knowledge and attitudes toward caring for older adults. *Perspectives* 37(2): 6–14.

183. Marasović, Snježana i Slavica Blažeka Kokorić. 2014. Uloga plesa u unaprjeđenju aktivnog životnog stila i kvalitete života starijih osoba. *Revija za socijalnu politiku* 21(2): 235–254.
184. Martin, Peter, Norene Kelly, Boaz Kahana, Eva Kahana, Bradley J. Willcox, D. Craig Willcox i Leonard W. Poon. 2014. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept?. *The Gerontologist* 55(1): 14–25.
185. Mazzi, Bruno. 2011. *Patronažna služba i obiteljski doktor*. Hrvatsko Društvo Obiteljskih Doktora - Hrvatskog Liječničkog Zbora. Dostupno na: http://www.hdod.net/rad_drustva/index.php. (25. siječanj 2017).
186. McCracken, Ann, Evelyn Fitzwater, Margaret Lockwood i Torunn Bjork. 2006. Comparison of Nursing Students' Attitudes toward The Elderly in Norway and The United States. *Educational Gerontology* 21(2): 167–180.
187. McVeigh, Helen. 2013. Care across the lifespan. U *A Textbook of Community Nursing*, ur. Chilton, Sue, Heather Bain, Ann Clarridge i Karen Melling, 90–103. London: Hodder Arnold.
188. Mellor, Prue, Daniel Chew i Jennene Greenhill. 2006. Nurses' Attitudes toward Elderly People and Knowledge of Gerontic care in a Mult-purpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing* 24(3): 37–41.
189. Mezinskis, Patricia M. i Joan E. Purdon. 1995. Elders of America...Who Will Care? *Geriatric Nursing* 16(6): 286–290.
190. Miller, Richard B. i Richard A. Dodder. 1980. A Revision of Palmore's Facts on Aging Quiz. *The Gerontologist* 20(6): 673–679.
191. Milutinović, Dragana, Dragana Simin, Jelena Kačavendić i Vesna Turkulov. 2015. Knowledge and Attitudes of Health Care Science Students toward Older People. *Medicinski pregled* 11–12: 382–386.
192. Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske (MUP RH). 2019. *Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2018*. Dostupno na: https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2019/bilten_promet_2018.pdf (19. studeni 2019).
193. Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske (MUP RH). 2019. *Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2018. godini*. Dostupno na: <https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2018/Statisticki%20pregled%20tem>

- eljnih%20sigurnosnih%20pokazatelja%20i%20rezultata%20rada%20u%202018.
%20godini.pdf (16. svibanj 2019).
194. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. 2006. *Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja*. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html (21. svibanj 2018).
195. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. 2011. *Strukovni kurikulum za stjecanje zvanja medicinska sestra/tehničar opće njege*. Dostupno na: public.mzos.hr/fgs.axd?id=19046 (8. veljača 2016).
196. Mojsović, Zorka i sur. 2005. *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
197. Mojsović, Zorka i sur. 2007. *Sestrinstvo u zajednici 2*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
198. Mulley, Graham. 2012. A History of Geriatrics and Gerontology. *European Geriatric Medicine* 3(4), 225–227.
199. Murray Cramm, Jane, Marjan Hoeijmakers i Anna Petra Nieboer. 2014. Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. *Journal of Nursing Management* 22(2):170–176.
200. Murray Cramm, Jane i Anna Petra Nieboer. 2017. Self-management abilities and quality of life among frail community-dwelling individuals: the role of community nurses in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community* 25(2): 394–401.
201. Musich, Shirley, Shaohung S. Wang, Sandra Kraemer, Kevin Hawkins i Ellen Wicker. 2017. Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing* 38(1): 9–16.
202. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2012. *Gibanje obiskov in zaposlenih v patronažnem varstvu slovenije od leta 2007 do leta 2011*. Dostupno na: <http://www.nijz.si/sl/podatki/evidenca-patronazne-zdravstvene-nege> (4. ožujak 2017).
203. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2019. *Zdravstveni statistični letpopis Slovenije 2018*. Dostupno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letpopisi/2018/2.1_umrljivost_2018.pdf (4. srpanj 2019).

204. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal. Dostupno na: https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=a3528527-a273-4ee3-a188-8250e724741b (2. rujan 2019).
205. Næss, Gro, Marit Kirkevold, Wenche Hammer, Jørund Straand i Torgeir Bruun Wyller. 2017. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Services Research* 17:645. Dostupno na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2600-x> (8. kolovoz 2019).
206. Naldini, Manuela, Emmanuele Pavolini i Cristina Solera. 2016. Female employment and elderly care: the role of care policies and culture in 21 European countries. *Employment and Society* 30(4): 607–630.
207. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Glosarij – pojmovnik odabranih stručnih termina iz gerontologije. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/gerontologija-glosarij> (12. listopad 2019).
208. Nejašmić, Ivo i Aleksandar Toskić. 2013. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive. *Hrvatski geografski glasnik* 75(1): 89–110.
209. Netti Tiozzo, Silvia, Cristina Basso, Giulia Capodaglio, Elena Schievano, Matilde Dotto, Francesco Avossa, Ugo Fedeli i Maria Chiara Corti. 2019. Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region. *Aging Clinical and Experimental Research* 31(2): 241–247.
210. Neville, Christine i Robyn Dickie. 2014. The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. *Nurse Education Today* 34(7): 1074–1079.
211. North, Michael S. i Susan T. Fiske. 2015. Modern Attitudes Toward Older Adults in the Aging World: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(5): 993–1021.
212. OECD, 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Pariz: OECD. Dostupno na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm> (21. studeni 2018).
213. Ohmachi, Izumi, Kazuhiko Arima, Yasuyo Abe, Takayuki Nishimura, Hisashi Goto i Kiyoshi Aoyagi. 2015. Factors Influencing the Preferred Place of

- Death in Community dwelling Elderly People in Japan. *International Journal of Gerontology* 9(1): 24–28.
214. Olsen, Christine, Ingeborg Pedersen, Astrid Bergland, Marie-José Enders-Slegers, Nina Jøranson, Giovanna Calogiuri i Camilla Ihlebæk. 2016. Differences in quality of life in homedwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 16:137. Dostupno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-016-0312-4> (19. studeni 2019).
215. Ouanes, Sami, Enrique Castelao, Armin von Gunten, Pedro M. Vidal, Martin Preisig i Julius Popp. 2017. Personality, Cortisol, and Cognition in Non-demented Elderly Subjects: Results from a Population-Based Study. *Frontiers in Aging Neuroscience* 9(63).
Dostupno na: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2017.00063/full> (18. kolovoz 2019).
216. Palmore, Erdman B. 1977. Facts on Aging A Short Quiz. *The Gerontologist* 17(4): 315–320.
217. Palmore, Erdman B. 1981. The Facts on Aging Quiz: Part Two. *The Gerontologist* 21(4): 431–437.
218. Palmore, Erdman B. 1982. Attitudes toward the Aged: What we know and need to know. *Research on Ageing* 4(3): 333–348.
219. Palmore, Erdman B. 2001. The Ageism Survey First Findings, *The Gerontologist* 41(5): 572–575.
220. Palmore, Erdman B. 2003. Ageism comes of age. *The Gerontologist* 34(3): 418–420.
221. Pavelek, Lukas. 2013. Understanding the motivation for senior volunteering. *Journal of Education, Psychology and Social Sciences* 1(1): 54–59.
222. Pečjak, Vid. 2001. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.
223. Perušek, Ana, Joca Zurc i Brigita Skela Savič. 2013. Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik Zdravstvene Nege* 47(3): 253–259.
224. Petz, Boris (ur). 2005. *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
225. Petz, Boris. 2007. *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

226. Phillips, Judith, Kristine Ajrouch i Sarah Hillcoat-Nelletamby. 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: SAGE Publications Ltd.
227. Philp, Ian. 2015. The contribution of geriatric medicine to integrated care for older people. *Age and Ageing* 44(1):11–15.
228. Pickard, Linda. 2015. A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing and Society* 35(1): 96–123.
229. Pickard, Susan. 2013. A new political anatomy of the older body? An examination of approaches to illness in old age in primary care. *Ageing and Society* 33(6): 964–987.
230. Popek, Ivana i Urelija Rodin. 2018. Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi. *Acta Medica Croatica* 72(2): 125–132.
231. *Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja*. „Narodne novine“ broj 43/10., 71/10., 78/10., 88/10., 1/11., 6/11., 50/11., 54/11. i 61/11. Dostupno na: http://www.hzzo-net.hr/dload/pravilnici/interni_21_01.pdf (15. lipanj 2019).
232. Prevolnik Rupel, Valentina, Marko Ogorevc i Boris Majcen. 2010. Long-term care system in Slovenia. *ENEPRI Research Report No. 87*. Dostupno na: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> (15. srpanj 2019).
233. Principi, Andrea, Paolo Fabbietti i Giovanni Lamura. 2015. Perceived qualities of older workers and age management in companies. *Personnel Review* 44(5): 801–820.
234. Pruchno, Rachel. 2012. Not Your Mother’s Old Age: Baby Boomers at Age 65. *The Gerontologist* 52(2): 149–152.
235. Puntarić, Dinko, Darko Ropac i Anamarija Jurčev Savičević (ur). 2015. *Javno zdravstvo*. Zagreb: Medicinska naklada.
236. Raboteg – Šarić, Zora, Vesna Vlahović, Viktor Botičević i Ivan Mimica. 1985. Stav prema starijim osobama različitog zdravstvenog stanja kod ispitanika koji su u različitom kontaktu s tim osobama, *Defektologija* 21(1): 41–50.
237. Razpotnik, Barica. 2011. *Projekcije prebivalstva za Slovenijo 2010 – 2060 – končni podatki*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostupno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=3989> (17. siječanj 2017).

238. Ray, Sujata i Nicola Robinson (ur). 2011. *Ageism in Europe*. London: Age UK.
239. Referentni centar Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. *Test – skala o značenju vašeg stava o starijoj osobi (semantički diferencijal)*. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/testovi-iz-zdravstvene-gerontologije> (21. prosinac 2016).
240. Regitz Zagrosek, Vera. 2012. Sex and gender differences in health. *EMBO reports* 13(7): 596–603.
241. Reiter, Raphael, Shiraz B. Diraoui, Nele Van Den Noortgate i Alfonso Cruz-Jentoft. 2014. How to become a Geriatrician in different European countries. *European Geriatric Medicine* 5(5): 347–351.
242. *Republika Slovenija Statistični Urad*. Dostupno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (20. prosinac 2019).
243. Rizzuto, Debora, Rene J. F. Melis, Sara Angleman, Chengxuan Qiu i Alessandra Marengoni. 2017. Effect of Chronic Diseases and Multimorbidity on Survival and Functioning in Elderly Adults. *The Journal of the American Geriatrics Society* 65(5):1056–1060.
244. Robbins, Timothy D., Tim Crocker-Buque, Calum Forrester-Paton, Anna Cantlay, John R. F. Gladman i Adam L. Gordon. 2011. Geriatrics is rewarding but lacks earning potential and prestige: responses from the national medical student survey of attitudes to and perceptions of geriatric medicine. *Age and Ageing* 40(3): 405–408.
245. Rodgers, Vivien i Jean Gilmour. 2011. Shaping student nurses' attitudes towards older people through learning and experience. *Nursing Praxis in New Zealand* 27(3): 13–20.
246. Rodriguez, Juan Carlos, Joseph M. Dzierzewski i Cathy A. Alessi. 2015. Sleep Problems in the Elderly. *Medical Clinics of North America* 99(2): 431–439.
247. Rusac, Silvija, Ana Štambuk i Jelena Verić. 2013. Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 49 Supplement: 96–105.
248. Rusac, Silvija i Gordana Dujmović. 2014. Volontiranje u starijoj životnoj dobi. *Nova prisutnost* 12 (2): 279–293.

249. Rusac, Silvija, Dorijan Vahtar, Ines Vrban, Jasminka Despot Lučanin, Sanja Radica i Vedrana Spajić – Varkaš. 2016. *Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi*. Zagreb: Zaklada Zajednički put.
250. Rush, Kathy L., Stormee Hickey, Sheila Epp i Robert Janke. 2017. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 26(23–24): 4105–4116.
251. Rytter, Lars, Helle Neel Jacobsen, Finn Ronholt, Anna Viola Hammer, Anne Helms Andreasen, Aase Niessen i Jakob Kjellberg. 2010. Comprehensive discharge follow – up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28: 146–153.
252. Sajko, Melita. 2018. *Znanje i stavovi patronažnih medicinskih sestara sjeverozapadne Hrvatske o starijim osobama*. Magistrsko delo. Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center Maribor.
253. Salvage, Jane i Serge Heijnen (ur) 1997. *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: World Health Organization.
254. Salvia, Emilie, Claire Petit, Stéphane Champely, René Chomette, Franck Di Rienzo i Christian Collet. 2016. Effects of Age and Task Load on Drivers' Response Accuracy and Reaction Time When Responding to Traffic Lights. *Frontiers in Aging Neuroscience* 8: 169. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940374/> (20. prosinac 2019).
255. Sampson, Deborah i Katherine Hertlein. 2015. The experience of grandparents raising grandchildren. *GrandFamilies: The Contemporary Journal of Research, Practice and Policy* 2(1): 75–96.
256. Samra, Rajminder, Amanda Griffiths, Tom Cox, Simon Conroy, Adam Gordon i John R.F. Gladman. 2015. Medical students' and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: a conceptualisation. *Age and Ageing* 44(5): 776–783.
257. Sarabia-Cobo, Carmen M. i C. Castanedo Pfeiffer. 2015. Changing negative stereotypes regarding aging in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 35(9): 60–64.
258. Saucier Lundy, Karen i Sharyn Janes. 2009. *Community Health Nursing: Caring for the Public's Health*. London: Jones and Bartlett Publishers International.
259. Schaie, Warner K. i Sherry L. Willis. 2001. *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

260. Scharf, Thomas. 2013. Social Policies for Ageing Societies: perspectives from Europe. U *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, ur. Dannefer Dale i Chris Phillipson, 498–511. London, UK: Sage Publications Ltd.
261. Scherer, Yvonne K., Susan A. Bruce, Carolyn A. Montgomery i Lisa S. Ball. 2008. A challenge in academia: Meeting the healthcare needs of the growing number of older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20(9): 471–476.
262. Schneider, David J. 2005. *The psychology of stereotyping*. New York: The Guilford Press.
263. Schroyen, Sarah, Pierre Missotten, Guy Jerusalem i Stephane Adam. 2016. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics* 28(5): 749–757.
264. Schwartz, Lisa K. i Joseph P. Simmons. 2010. Contact Quality and Attitudes toward The Elderly. *Educational Gerontology* 27(2): 127–137.
265. Seiger Cronfalk, Berit, Astrid Fjell, Nina Carstens, Lars Malvin Kvinge Rosseland, Arvid Rongve, Dag-Helge Rönnevik, Åke Seiger, Knut Skaug, Karen Johanne Ugland Vae, Marianne Hauge Wennersberg i Anne-Marie Boström. 2017. Health team for the elderly: a feasibility study for preventive home visits. *Primary Health Care Research & Development* 18(3): 242–252.
266. Simkins, Chelsea L. 2007. Ageism's Influence on Health Care Delivery and Nursing Practice. *Journal of Student Nursing Research* 1(1): 24–28.
267. Singleton Eymard, Amanda i Dianna Hutto Douglas. 2012. Ageism among Health Care Providers and Intervention to Improve Their Attitudes Toward Older Adults: A Integrative Review. *Journal of Gerontological Nursing* 38(5): 26–35.
268. Skela Savič, Brigita, Joca Zurc i Simona Hvalič Touzery. 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene Nege* 44(2): 89–100.
269. Skela Savič, Brigita i Simona Hvalič Touzery. 2014. Znanja in stališča študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev do dela s starostniki. *Zdravniški Vestnik* 83(2): 102–114.
270. Skela Savič, Brigita. 2019. Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912–1944). *Obzornik zdravstvene nege* 53(2): 137–156.

271. *Skupnost socialnih zavodov Slovenije*. Splošno o domovih za starejše. Dostupno na: <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebni-zavodih/> (12. listopad 2019).
272. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar” – Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. 2018. *Test – skala o značenju vašeg stava o starijoj osobi (semantički diferencijal)*. Dostupno na: www.stampar.hr/gerontologija (18. rujan 2017).
273. Soderhamn, Olle, Catharina Lindencrona i Siw Merit Gustavsson. 2001. Attitudes toward Older People among Nursing Students and Registered Nurses in Sweden. *Nurse Education Today* 21(3): 225–229.
274. Spasova, Slavina, Rita Beaten, Stephanie Coster, Dalila Ghalani, Ramon Pena-Casas i Bart Vanhercke. 2018. *Challenges in long – term care in Europe*. Brussels: European Commission.
275. *Statistički ljetopis Republike Hrvatske*. 2018. Zagreb: Državni zavod za statistiku.
276. Stavljenić-Rukavina, Ana i Spomenka Tomek – Roksandić. 2017. Kvaliteta integrirane skrbi za osobe starije dobi. *Zbornik sveučilišta Libertas* 1–2: 347–355.
277. Steptoe, Andrew, Angus Deaton i Arthur A Stone. 2015. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 385(9968): 640–648.
278. Stern, Yaakov. 2009. Cognitive Reserve. *Neuropsychologia* 47(10): 2015–2028.
279. Stevens, John A. 2011. Student nurses’ career preferences for working with older people: A replicated longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies* 48(8): 944–951.
280. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.–2016.* 2014. Zagreb: Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske.
281. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.–2020.* 2017. Zagreb: Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku Republike Hrvatske.
282. Suijker, Jacqueline J., Janet L. MacNeil-Vroomen, Marjon van Rijn, Bianca M. Buurman, Sophia E. de Rooij, Eric P. Moll van Charante i Judith E. Bosmans. 2017. Cost-effectiveness of nurse-led multifactorial care to prevent or postpone new disabilities in community-living older people: Results of a cluster randomized trial.

- PLoS ONE* 12(4). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175272>. (18. svibanj 2019).
283. Sutherland, John. 2016. *The War on the Old (Provocations)*, (eBook). London: Biteback Publishing.
284. Svetina, Matija. 2016. The reaction times of drivers aged 20 to 80 during a divided attention driving. *Traffic Injury Prevention* 17(8): 810–814.
285. Sveučilište Sjever. 2011. *Nastavni program Stručnog studija sestrinstva*. Dostupno na: <http://www.unin.hr/sestrinstvo/kolegiji/> (8. veljača 2016).
286. Sveučilište Sjever. 2015. *Studijski program preddiplomskog studija Sestrinstva*, Varaždin, Sveučilište Sjever.
287. *Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet*. Dostupno na: <https://mef.unizg.hr/studiji/diplomski/diplomski-studij-sestrinstva/nastavni-plan-i-program> (20. prosinac 2019).
288. Štambuk, Ana. 2017. Starost i starenje u zrcalu duhovnosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 53(2): 142–151.
289. Thompson, Ashley E., Yvonne Anisimowicz, Baukje Miedema, William Hogg, Walter P. Wodchis i Kris Aubrey-Bassler. 2016. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice* 17:38. Dostupno na: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0440-0> (20. prosinac 2019).
290. Thompson, William W, Matthew M. Zack, Gloria L. Krahn, Elena M. Andresen i John P. Barile. 2012. Health-Related Quality of Life Among Older Adults With and Without Functional Limitations. *American Journal of Public Health* 102(3): 496–502.
291. Thornton, James E. 2010. Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology* 28(4): 301–312.
292. Tomašić, Jasmina. 2011. Doprinosi li međugrupni kontakt pozitivnijim implicitnim i eksplicitnim stavovima adolescenata prema starim osobama? *Život i škola*, 26(2): 83–100.
293. Tomasović Mrčela, Nada, Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar, Zijad Duraković, Mate Ljubičić, Ana Savljenić Rukavina i Marica Lukić. 2016. Razlike između fiziološkog i bolesnog starenja – osnove za gerontološku rehabilitaciju. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina* 28(1–2): 56–67.

294. Tomečak, Marija, Ana Štambuk i Silvija Rusac. 2014. Promišljanje starenja i starosti – predrasude, mitovi i novi pogledi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 50(1): 36–53.
295. Tomek – Roksandić, Spomenka, Marina Polić Vižintin i Antun Budak. 1988. Stav medicinskih sestara o staroj osobi. *Liječnički vjesnik: glasilo Hrvatskoga liječničkog zbora* 110: 38–42.
296. Tomek – Roksandić, Spomenka, Nada Tomasović Mrčela, Nina Smolej Narančić i Gina Sigl. 2010. Functional Ability of the Elderly in Institutional and Non-Institutional Care in Croatia. *Collegium Antropologicum* 34(3): 841–846.
297. Tomek – Roksandić, Spomenka, Zvonimir Šostar i Višnja Fortuna, ur. 2012. *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu starijih osoba.
298. Tomek – Roksandić, Spomenka, Nada Tomasović Mrčela, Nina Smolej Narančić, Zvonimir Šostar, Zijad Duraković, Višnja Fortuna, Marica Lukić i Vlasta Vučevac. 2015. Osnove iz zdravstvene gerontologije. U *Javno zdravstvo*, ur. Puntarić, Dinko, Darko Ropac i Anamarija Jurčev Savičević, 256–283. Zagreb: Medicinska naklada.
299. Tomer, Adrian (ur).2014. *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concept and Applications*. New York: Routledge.
300. Topaz, Maxim i Israel Doron. 2013. Nurses' Attitudes Toward Older Patients in Acute Care in Israel. *The Online Journal of Issues in Nursing* 18(2). Dostupno na:
<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Articles-Previous-Topics/Nurses-Attitudes-Toward-Older-Patients-in-Israel.html> (10. veljača 2017).
301. Touhy, Theris A i Kathleen F. Jett. 2014. *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging*. Fourth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.
302. Trevisan Louis A. 2014. Elderly alcohol use disorders: epidemiology, screening, and assessment issues. *Psychiatric Times* 31(5). Dostupno na:
<https://www.psychiatristimes.com/alcohol-abuse/elderly-alcohol-use-disorders-epidemiology-screening-and-assessment-issues> (20. lipanj 2019).

303. Troutman-Jordan, Meredith i Julie Staples. 2014. Successful Aging From the Viewpoint of Older Adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 28(1): 87–104.
304. Tun, Patricia A. i Margie E. Lachman. 2008. Age Differences in Reaction time and Attention in a National Telephone Sample of Adults: Education, Sex, and Task Complexity Matter. *Developmental Psychology* 44(5): 1421–1429.
305. Turan, Ebru, Mehmet Yanardag i Selma Metintas. 2016. Attitudes of students of health sciences towards the older persons. *Nurse Education Today* 36: 53–57.
306. Turjačanin, Vladimir i Đorđe Čekrlija. 2006. *Osnovne statističke metode i tehnike u SPSS-u: Primjena SPSS-a u društvenim naukama*. (II izdanje). Banja Luka: Centar za kulturni i socijalni popravak.
307. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2019. *World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430). Dostupno na: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> (20. prosinac 2019).
308. Univerza V Ljubljani. Zdravstvena fakulteta. 2020. *Predstavitveni zbornik visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvena nega 2019./2020*. Dostupno na: http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/%C5%A0tudijski_programi_DH/Predstavitveni_zborniki_-_slo/2019-20/ZN_1st_-_predstavitveni_2019-2020_okt_2.pdf (21. siječanj 2020).
309. Univerza v Novem mestu. Fakulteta za zdravstvene vede. 2020. *Visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega*. Dostupno na: https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/Elaborati/cistopisi/Cistopis__1_STOPNJA_ZN_november1_2019.pdf (21. siječanj 2020).
310. Univerza v Novem mestu. Fakulteta za zdravstvene vede. 2020. *Študijski program 2. stopnje (magistrski študijski program) Zdravstvena nega*. Dostupno na: https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/03_unmfzv/cistopisi/2020_Cistopis_MAG_ZN_januar_2020.pdf (21. siječanj 2020).

311. Usta, Yasemin Yildirim, Yurdanur Demir, Melike Yo"nder i Aynur Yildiz. 2012. Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54(1): 90–93.
312. van der Heide, Iris, Rogier M. van Rijn, Suzan JW Robroek, Alex Burdorf i Karin I. Proper. 2013. Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 13:1180. Dostupno na: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1180> (20. prosinac 2019).
313. van Eenoo, Liza, Anja Declercq, Graziano Onder, Harriet Finne-Soveri, Vjenka Garms-Homolova, Palmi V. Jonsson, Olivia H.M. Dix, Johannes H. Smit, Hein P.J. van Hout i Henriette G. van der Roest. 2015. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe—a review. *European Journal of Public Health*, 26(2): 213–219.
314. van Leeuwen, Karen M., Miriam S. van Loon, Fenna A. van Nes, Judith E. Bosmans, Henrica C. W. de Vet, Johannes C. F. Ket, Guy A. M. Widdershoven i Raymond W. J. G. Ostelo. 2019. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE* 14(3): e0213263.
315. Victor, Christina. 2005. *The Social Context of Ageing*. London: Routledge.
316. *Volonterski centar Zagreb*. 2019. Izvještaj o radu siječanj – prosinac 2018. Dostupno na: <https://www.vcz.hr/images/pages/1142.pdf> (12. prosinac 2019).
317. Vuletić, Gorka i Marina Stapić. 2013. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija* 6 (1–2): 45–61.
318. Wang, Donghai, Jian Zhang, Yuliang Sun, Wenfei Zhu, Shiliu Tian i Yu Liu. 2016. Evaluating the fall risk among elderly population by choice step reaction test. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1075–1082.
319. Welford, Claire. 2014. Attitudes and knowledge in older people's care. *Nursing Times* 110(34/35): 22–24.
320. Westmoreland, Glenda R., Steven R. Counsell, Youcef Sennour, Cathy C. Schubert, Kathryn I. Frank, Jingwei Wu, Richard M. Frankel, Debra K. Litzelman, Stephen P. Bogdewic i Thomas S. Inui. 2009. Improving Medical Student Attitudes Toward Older Patients Through a "Council of Elders" and Reflective Writing Experience. *Journal of The American Geriatrics Society* 57(2): 315–320.

321. World Health Organization. 2000. *The family health nurse context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
322. World Health Organization. 2002. *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing.
323. World Health Organization Europe. 2003. *WHO Europe Gerontological Nursing Curriculum*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102267/e81554.pdf (16. kolovoz 2019).
324. World Health Organization. 2014. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva. World Health Organization. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=786B6924E78615AAC9399BFD1D2A36B2?sequence=1 (15. veljača 2019).
325. World Health Organization. 2015. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=83B0BB0479BF6670394F84787B3A4B65?sequence=1 (20. prosinac 2019).
326. World Health Organization. 2017. *Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva. World Health Organization. Dostupno na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1> (10. siječanj 2018).
327. World Health Organization. 2018. *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf> (15. veljača 2019).
328. World Health Organization. 2019. *European Health Report 2018*. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/379874/who-ehr-2018-02-eng.pdf?ua=1 (20. prosinac 2019).
329. Wu, Yu-Tzu, A. Matthew Prina, Linda E. Barnes, Fiona E. Matthews i Carol Brayne. 2015. Relocation at older age: results from the Cognitive Function and Ageing Study. *Journal of Public Health* 37(3): 480–487.

330. Yazdanian, Arsalan, Mousa Alavi, Alireza Irajpour i Mahrokh Keshvari. 2016. Association between nurses' personality characteristics and their attitude toward the older adults. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research*. 21(1): 9–13.
331. Young, Yuchi, Kevin D. Frick i Elizabeth A. Phelan. 2009. Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. *Journal of the American Medical Directors Association* 10(2): 87–92.
332. *Zakon o zdravstveni dejavnosti – prečiščeno besedilo*. Uradni list RS, št. 23/05. Dostupno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214> (15. lipanj 2019).
333. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – prečiščeno besedilo*. Uradni list RS, št. 100/05. Dostupno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (15. lipanj 2019).
334. *Zakon o zdravstvenoj zaščiti, pročišćeni tekst*. NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi> (1. ožujak 2017).
335. *Zakon o sestrinstvu, pročišćeni tekst*. NN 121/03, 117/08, 57/11. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu> (1. ožujak 2017).
336. *Zakon o socijalnoj skrbi, pročišćeni tekst zakona*. NN 157/2013, 152/2014, 99/2015, 52/2016 i 16/2017. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi> (15. lipanj 2019).
337. Zampieron, Alessandra, Maria Saraiva, Michele Corso i Alessandra Buja. 2012. An international survey on attitudes of renal nurses towards older people. *Journal of Renal Care* 38(4): 213–221.
338. Zavrl Džananovič, Danica. 2018. *Izvajalci patronažne dejavnosti v Sloveniji v letu 2017*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
339. *Zdravstveno veleučilište Zagreb*. Dostupno na: <https://www.zvu.hr/specijalisticki-diplomski-strucni-studij-javnog-zdravstva/> (20. prosinac 2019).
340. Zhang, Shuai, Yan-hui Liu, Hong-fu Zhang, Li-na Meng i Peng-xi Liu. 2016. Determinants of undergraduate nursing students' care willingness towards the

- elderly in China: Attitudes, gratitude and knowledge. *Nurse Education Today* 43: 28–33.
341. Železnik, Danica. 2010. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. U *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika*, ur. Simona Hvalič Tozery i sur, 36–37. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
342. Železnik, Danica (ur). 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
343. Železnik, Danica i Sanda Rajčič. 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege* 48(3): 195–205.
344. Županić, Mara. 2013. Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 9(33): 5–15.
345. Županić, Mara. 2015. Reorganizacija patronažne službe. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 11(43): 3–5.

PRILOZI

Prilog A: Popis institucija

Hrvatska

Dom zdravlja Dubrovnik

Dom zdravlja Karlovac

Dom zdravlja Osijek

Dom zdravlja Primorsko – goranske županije

Dom zdravlja Splitsko – dalmatinske županije

Dom zdravlja Šibenik

Dom zdravlja Zagreb – Centar

Dom zdravlja Zagreb – Istok

Dom zdravlja Zagreb – Zapad

Istarski domovi zdravlja

Slovenija

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

Prilog B: Anketni upitnik hrvatski jezik

Poštovani,

Moje ime je Melita Sajko i studentica sam doktorskog studija Socijalna gerontologija pri Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor. Za potrebe izrade doktorske disertacije istražujem poznavanje činjenica i stavove patronažnih medicinskih sestara u Hrvatskoj i u Sloveniji prema starijim osobama. U upitniku su postavljene tri grupe pitanja, prije svake grupe objašnjeno je kako se odgovara. Tijekom anketiranja zajamčena Vam je anonimnost i dobiveni podatci koristit će se isključivo u svrhu izrade doktorske disertacije. Hvala na suradnji i odvojenom vremenu.

1. dio: **Palmerov Facts on Aging Quiz, revidiran** (Breytspraak i Badura, 2015) **i prilagođen**

Uz svaku tvrdnju o starijim osobama označite smatrate li da je ta tvrdnja točna (T) ili netočna (N)

TVRDNJA	TOČNO	NETOČNO
1. Većina starijih ljudi (starijih od 65 godina) boluje od Alzheimerove bolesti.	T	N
2. Starenjem se inteligencija ljudi značajno smanjuje.	T	N
3. Starijim osobama je jako teško naučiti nešto novo.	T	N
4. Osobnost se s godinama promijeni.	T	N
5. Gubitak pamćenja je normalni dio starenja.	T	N
6. Vrijeme za reakciju povećava se kako odrasli postaju stariji.	T	N
7. Klinička depresija pojavljuje se češće kod starijih ljudi, nego kod mladih ljudi.	T	N
8. Kod starijih osoba je veći rizik za zarazu HIV-om/AIDS-om.	T	N
9. Alkoholizam i zlouporaba alkohola su značajno veći problemi u populaciji starijih od 65 godina, nego u populaciji mlađih od 65 godina.	T	N
10. Starije osobe imaju više problema sa spavanjem, nego mlađe osobe.	T	N
11. Stopa samoubojstva je najveća kod starijih osoba.	T	N
12. Visoki krvni tlak se povećava s godinama.	T	N
13. Stariji ljudi se manje znoje pa postoji veća mogućnost od oboljenja od hipertermije.	T	N
14. Osteoporoza se s godinama pojavi kod svih žena.	T	N
15. Visina osobe smanjuje se u starijoj dobi.	T	N
16. Fizička snaga smanjuje se u starijoj dobi.	T	N
17. Većina starijih osoba izgubi interes i kapacitet za seksualne odnose.	T	N
18. Kapacitet mjehura smanjuje se s godinama što dovodi do čestog mokrenja.	T	N

19. Funkcija bubrega nije pod utjecajem starenja.	T	N
20. Povećani problemi s opstipacijom predstavljaju normalnu promjenu kako ljudi stare.	T	N
21. S godinama se smanjuje funkcionalnost svih pet osjetila.	T	N
22. Ljudi koji dulje žive rjeđe doživljavaju akutna stanja, a češće stanja kronične bolesti.	T	N
23. Umirovljenje često determinira zdravlje – npr.: često se događa da ljudi obole i umru brzo nakon umirovljenja.	T	N
24. Starije osobe osjećaju manju anksioznost vezano za smrt, nego mladi i osobe srednje dobi.	T	N
25. Ljudi od 65 godina i stariji trenutačno čine oko 20 % populacije Republike Hrvatske/Slovenije.	T	N
26. Većina starijih ljudi živi u staračkom domu.	T	N
27. Moderna obitelj više ne brine za svoje starije članove.	T	N
28. Očekivana životna dob muškaraca od 65 godina starosti je otprilike ista kao i kod žena.	T	N
29. Živjeti ispod ili blizu linije siromaštva za većinu starijih osoba više nije značajan problem.	T	N
30. Većina starijih vozača je sposobno sigurno upravljati motornim vozilom.	T	N
31. Stariji radnici ne mogu raditi toliko učinkovito kao što mogu mladi radnici.	T	N
32. Većina starih ljudi je ustanovilo svoja mišljenja i ponašanje i ne može se promijeniti.	T	N
33. Većini starijih ljudi je dosadno.	T	N
34. Općenito, većina starijih osoba prilično je slična.	T	N
35. Starije osobe (65+) su češće žrtve kriminala, nego odrasli ispod 65 godina.	T	N
36. Stariji ljudi postaju religiozniji s godinama.	T	N
37. Starije osobe (65+) se više boje kriminala, nego osobe mlađe od 65 godina.	T	N
38. Starije osobe se prilikom selidbe na novu lokaciju teže prilagođavaju nego pripadnici mlađih dobnih skupina.	T	N
39. Sudjelovanje u volontiranju putem raznih organizacija (npr.: crkve i klubovi) se smanjuje kod starijih odraslih osoba.	T	N
40. Starije osobe su puno sretnije ako nisu u društvu.	T	N
41. Gerijatrija je specijalnost u medicini.	T	N
42. Sve medicinske škole u programu imaju kolegije iz gerijatrije i gerontologije.	T	N
43. Zlostavljanje starijih odraslih nije značajan problem u Republici Hrvatskoj/Sloveniji.	T	N

44. Bake i djedovi danas uzimaju manje odgovornosti oko podizanja unuka, nego ikada prije.	T	N
45. Starijim ljudima treba dulje da se oporave od fizičkog i psihičkog stresa.	T	N
46. Većina starijih odraslih smatra svoje zdravlje dobrim ili odličnim.	T	N
47. Starije žene više brinu o svom zdravlju, nego stariji muškarci.	T	N
48. Istraživanja su dokazala da starija životna dob zaista počinje kod 65 godina starosti.	T	N
49. Danas starije osobe u Hrvatskoj/Sloveniji moraju biti smještene u ustanovu jer nemaju socijalnu podršku u obitelji.	T	N
50. Većina starijih osoba bi željela živjeti u staračkom domu.	T	N

2. dio: Semantički diferencijal stava prema starijim osobama

- na skali od 1 – 5 označite broj koji je bliže riječi koja za Vas bolje opisuje stariju osobu

Stariji čovjek je:

BOLESTAN	1	2	3	4	5	ZDRAV
SIROMAŠAN	1	2	3	4	5	BOGAT
NEUREDAN	1	2	3	4	5	UREDAN
DEBEO	1	2	3	4	5	MRŠAV
NEPOKRETAN	1	2	3	4	5	POKRETAN
LIJEN	1	2	3	4	5	MARLJIV
BESKORISTAN	1	2	3	4	5	KORISTAN
PSIHIČKI NESAMOSTALAN	1	2	3	4	5	PSIHIČKI SAMOSTALAN
OVISAN O TUĐOJ POMOĆI	1	2	3	4	5	NEOVISAN O TUĐOJ POMOĆI

PASIVAN	1	2	3	4	5	AKTIVAN
ZABORAVAN	1	2	3	4	5	DOBRO PAMTI
OSAMLJEN	1	2	3	4	5	DRUŠTVEN
RUŽAN	1	2	3	4	5	LIJEP
NEISKUSAN	1	2	3	4	5	ISKUSAN
USPOREN	1	2	3	4	5	UBRZAN
MRZOVOLJAN	1	2	3	4	5	RASPOLOŽEN

3. Dio: demografski podatci ispitanika

1. Spol M Ž

2. Vaša dob je: _____ godina

3. Živate li u kućanstvu s osobom starijom od 65 godina? Da Ne

4. Dio: Radni staž i zaposlenje ispitanika

4. Koji najviši stupanj obrazovanja imate?

- Prvostupnica (RH) / diplomirana MS (RS) (I bolonjski stupanj)
 Diplomirana/ Magistra MS (RH) / magistra (RS) (II bolonjski stupanj)

5. Kada ste završili posljednji stupanj obrazovanja?

- Prije 2017. godine
 Godine 2017. ili kasnije

6. Upišite koliko godina ukupno imate radnog staža (na svim poslovima do sada)?

7. Upišite koliko godina radnog staža imate na trenutnom radnom mjestu u patronažnoj službi? _____

8. Vaše trenutno mjesto rada: <input type="checkbox"/> ruralno područje (selo) <input type="checkbox"/> urbano područje (grad)
9. Država u kojoj radite: <input type="checkbox"/> Republika Hrvatska <input type="checkbox"/> Republika Slovenija
10. Prema Vašoj osobnoj procjeni koliko često prosječno na svom radnom mjestu kontaktirate s osobama starijim od 65 godina? <input type="checkbox"/> svaki dan <input type="checkbox"/> tri puta tjedno <input type="checkbox"/> dva puta tjedno <input type="checkbox"/> jednom tjedno <input type="checkbox"/> manje nego jednom tjedno

Prilog C: Anketni upitnik slovenski jezik

Spoštovani

Moje ime je Melita Sajko in sem študentka doktorskega študijskega programa socialne gerontologije na Alma Mater Europaea, Evropski center Maribor. Za potrebe doktorske disertacije raziskujem poznavanje dejstev in odnos patronažnih medicinskih sester do starejših. V vprašalniku so postavljeni trije sklopi vprašanj. Pred vsakim sklopom je navodilo, kako se na vprašanja odgovarja. Sodelovanje v anekti je anonimno. Pridobljeni podatki se bodo uporabljali izključno za izdelavo doktorske naloge.

Hvala za sodelovanje in čas, ki ste ga namenili izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

1. del: **Palmerov Facts on Aging Quiz, revidiran** (Breytspraak in Badura, 2015) **in prilagojen.**

Za vsako trditev o starejših ljudeh, označite ali menite, če je ta trditev pravilna (P) ali nepravilna (N)

TVRDNJA	PRAVILNO	NEPRAVILNO
1. Večina starejših (starejših od 65 let) je obolelih za Alzheimerjevo boleznijo.	P	N
2. S staranjem se inteligenca ljudi znatno zmanjša.	P	N
3. Starejši ljudje se težko naučijo česa novega.	P	N
4. Osebnost se z leti spreminja.	P	N
5. Izguba spomina je običajni del staranja.	P	N
6. Reakcijski čas se s starostjo povečuje.	P	N
7. Klinična depresija se pogosteje pojavlja pri starejših.	P	N
8. Starejši ljudje so bolj ogroženi da se okužijo z virusom HIV in zbolijo za AIDS-om.	P	N
9. Alkoholizem in zloraba alkohola sta znatno večji problem v populaciji starejši od 65 let, kot pri populaciji mlajši od 65 let.	P	N
10. Starejše osebe imajo več težav v zvezi z spanjem kot mlajše.	P	N
11. Stopnja samomorilnosti je najvišja med starejšimi.	P	N
12. Visoki krvni tlak se povečuje z leti.	P	N
13. Starejši ljudje se manj potijo, zato obstaja večja možnost da obolijo zaradi hipertermije.	P	N
14. Osteoporoza se z leti pojavi pri vseh ženskah.	P	N
15. Telesna višina se v starosti zmanjša.	P	N
16. Fizička moč se v starosti zmanjša.	P	N
17. Večina starejših izgubi voljo in moč za spolne odnose.	P	N
18. Kapaciteta mehurja se z leti zmanjša, kar vodi do pogostejšega mokrenja.	P	N
19. Staranje ne vpliva na funkcijo delovanja ledvic.	P	N
20. Povgostejši pojav obstipacije je normalna sprememba v starosti.	P	N

21. Z leti se zmanjšuje delovanje vseh petih čutil.	P	N
22. Ljudje, ki živijo dlje redkeje doživljajo akutna stanja, vendar pogosteje obolevajo za kroničnimi boleznimi.	P	N
23. Upokožitev pogosto vpliva na zdravje. Npr. pogosto se zgodi, da ljudje zbolijo in umrejo kmalu po upokožitvi.	P	N
24. Starejše osebe občutijo manj strahu pred smrtjo kot mlajši.	P	N
25. Ljudje stari 65 in več let trenutno predstavljajo približno 20 % populacije v Republiki Sloveniji.	P	N
26. Večina starejših živi v domu starejših občanov.	P	N
27. Moderna družina ne skrbi več za svoje starejše družinske člane.	P	N
28. Pričakovana življenjska doba možkih starih 65 let je približno enaka kot pri ženskah starih 65 let.	P	N
29. Večina starejših živi pod ali blizu meje revščine.	P	N
30. Večina starejših voznikov je sposobna varno upravljati z motornim vozilom.	P	N
31. Starejši zaposleni ne morejo delati tako učinkovito, kot mlajši zaposleni.	P	N
32. Večina starejših je osvojilo svoja mnenja in oblike vedenja, ki jih več ne morejo spremeniti.	P	N
33. Večina starejših ljudi se dolgočasi.	P	N
34. Nasplošno so si vsi starejši od 65 let podobni	P	N
35. Starejši odrasli (65+) so pogosteje žrtve kriminala kot odrasli, mlajši od 65 let.	P	N
36. Starejši ljudje postanejo z leti bolj verni.	P	N
37. Starejše osebe (65+) se boj bojijo kriminala, kot mlajši od 65 let.	P	N
38. Starejše osebe se ob selitvi v novo okolje, težje prilagajajo spremembam od mlajših skupin prebivalstva.	P	N
39. Pripravljenost za prostovoljno sodelovanje v različnih organizacijah (npr: cerkev, klubi) se z leti zmanjšuje	P	N
40. Starejše osebe so veliko bolj srečne, če niso v družbi.	P	N
41. Geriatrija je specialistično področje medicine	P	N
42. Vse zdravstvene šole imajo v predmetniku geriatrijo in gerontologijo.	P	N
43. Zloraba starejših odraslih ni pomembna težava v Sloveniji.	P	N
44. Babice in dedki danes prevzemanjo manj odgovornosti pri vzgoji vnukov, kot so jo včasih.	P	N
45. Starejši ljudje potrebujejo več časa, da si opomorejo po fizičnem in psihičnem stresu.	P	N
46. Večina starejših odraslih meni, da je njihovo zdravje dobro oziroma odlično.	P	N

47. Starejše ženske bolj skrbijo za svoje zdravje kot starejši moški.	P	N
48. Raziskave so pokazale da se starejše življenjsko obdobje res prične pri 65. letu starosti.	P	N
49. Starejši odhajajo v dom starejših samo zato, ker nimajo podpore družine.	P	N
50. Večina starejših bi si želela živeti v domu starejših.	P	N

2. DEL: SISTEMATIČNI DIFERENCIJAL ODNOSA DO STAREJŠIH OSEB

- na skali od 1 – 5 označite številko, ki je bližje besedi, ki po vašem mnenju najbolj opisuje starejšo osebo

Starejši človek je:

BOLAN	1	2	3	4	5	ZDRAV
REVEN	1	2	3	4	5	BOGAT
NEUREJEN	1	2	3	4	5	UREJEN
DEBEL	1	2	3	4	5	SUH
NEPOKRETEN	1	2	3	4	5	POKRETEN
LEN	1	2	3	4	5	MARLJIV
NEKORISTEN	1	2	3	4	5	KORISTEN
PSIHIČNO NESAMOSTOJEN	1	2	3	4	5	PSIHIČNO SAMOSTOJEN
ODVIŠEN OD TUJE POMOČI	1	2	3	4	5	NEODVIŠEN OD TUJE POMOČI
PASIVEN	1	2	3	4	5	AKTIVEN
POZABLJIV	1	2	3	4	5	DOBREGA SPOMINA
OSAMLJEN	1	2	3	4	5	DRUŽABEN

GRD	1	2	3	4	5	LEP
NEIZKUŠEN	1	2	3	4	5	IZKUŠEN
UPOČASNJEN	1	2	3	4	5	HITER
ZLOVOJEN	1	2	3	4	5	RASPOLOŽEN

2. DEL: DEMOGRAFSKI PODATKI ANKETIRANCA

1. Spol M Ž

2. Zapišite koliko ste stari: _____

3. Ali živite v gospodinjstvu skupaj z osebo starejšo od 65 let Da Ne

3. DEL: DELOVNI STATUS IN ZAPOSILITEV ANKETIRANCA

4. Katero stopnjo izobrazbe ste dosegli?

- Prvostupnica (RH) / diplomirana MS (RS) (I bolonjska stopnja)
 Diplomirana/ Magistra MS (RH) / magistra (RS) (II bolonjska stopnja)

5. Zapišite leto kdaj ste končali zadnjo stopnjo izobraževanja

- Pred letom 2017
 Leta 2017 ali kasneje

6. Zapišite koliko let skupne delovne dobe imate (na vseh delovnih mestih)

7. Zapišite koliko let delovne dobe imate na sedanjem delovnem mestu (patronažna služba)?

8. Vaše trenutno delovno območje zajema: ruralno okolje (vas) urbano področje (mesto)

9. Država v kateri delate: Republika Hrvaška Republika Slovenija

10. Kako pogosto (po vaši osebni oceni) povprečno na svojem delovnem mestu komunicirate z osebami starejšimi od 65 let?

- vsaki dan
- tri krat tedensko
- dva krat tedensko
- enkrat tedensko
- manj kot enkrat tedensko

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Ime in priimek študenta	Sajko Melita
Vpisna številka	31143007
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	POVEZANOST ZNANJA I STAVOVA PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTARA O POTREBAMA STARIJIH OSOBA: SLUČAJ HRVATSKE I SLOVENIJE
Naslov v angleščini:	THE CONNECTION BETWEEN THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF HOME CARE NURSES ABOUT THE NEEDS OF THE ELDERLY: THE CASE OF CROATIA AND SLOVENIA
Mentor:	Izr. Prof. dr. Nadja Plazar
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom **Povezanost znanja i stavova patronažnih medicinskih sestara o potrebama starijih osoba: slučaj Hrvatske i Slovenije** izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost.

Podpisani-a **Melita Sajko** izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

20. travnja 2020., Varaždin

Podpis študent/ke:

IZJAVA LEKTORA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

O6

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

MARTINA MESEK,

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

prof. HRVATSKOG JEZIKA I KNJIŽEVNOSTI,

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

MELITE SAJKO,

z naslovom:

**POVEZANOST ZNANJA I STAVOVA PATRONAŽNIH
MEDICINSKIH SESTARA O POTREBAMA STARIJIH OSOBA:
SLUČAJ HRVATSKE I SLOVENIJE**

Kraj: Varaždin

Datum: 20. travnja 2020.

Podpis: Martina Mesek