

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR**

Socialna gerontologija

DOKTORSKA DISERTACIJA

Irena Canjuga

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**SOCIJALNA I EMOCIONALNA
USAMLJENOST KOD OSOBA STARIJE
ŽIVOTNE DOBI I RAZVOJ MODELA
PREVENCIJE**

**SOCIALNA IN EMOCIONALNA
OSAMLJENOST PRI STAREJŠIH OSEBAH IN
RAZVOJ PREVENTIVNEGA MODELA**

**SOCIAL AND EMOTIONAL LONELINESS
AMONG ELDERLY AND DEVELOPING
MODELS OF PREVENTION**

Mentor: prof. dr.sc. (Republika Finska) Danica Železnik Kandidat: Irena Canjuga

Maribor, 2018.

ZAHVALA

Na pomoći u izradi ovoga rada prvenstveno zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Danici Železnik koja me strpljivo usmjeravala, vodila i hrabrila. Zahvaljujem i prof. ddr. Mariji Ovsenik i prof. dr. sc. Mladenu Havelka na korisnim povratnim informacijama o ovome radu. Također zahvaljujem i ostalim nastavnicima Alme Mater Europeae od kojih sam imala priliku učiti i kritički promišljati o problemima starenja i starosti tijekom studija socijalne gerontologije.

Zahvaljujem Goranu na pomoći tijekom statističke obrade podataka, profesorici hrvatskog jezika Ines Ercegovac na lektoriranju teksta. Zahvaljujem doc. dr. sc. Marini Nekić na ustupljenoj SELSA-S skali koju sam koristila u istraživanju. Također, zahvaljujem ravnateljima i ravnateljicama domova za starije osobe na pomoći pri provedbi istraživanja. Institucije koje su sudjelovale u istraživanju su: Dom Novinščak, Dom Varaždin, Caritasov dom Sv. Ivan Krstitelj, Dom Sv. Ane, Dom Novi Život i Dom Matija te Udruzi umirovljenika.

Zahvaljujem izv.prof.dr.sc. Goranu Kozini na ukazanom povjerenju i podršci tijekom studija. Veliko hvala upućujem prijateljici i kolegici Mariji Božičević mag.ses. na ukazanoj podršci, toplini i ohrabrenju kada mi je to bilo najpotrebnije. Također hvala kolegici dr.sc. Marijani Neuberg na podršci.

Na kraju, velika hvala mojoj obitelji, Mariji, Josipu, Vesni, Stipi, a posebice suprugu Anđelku koji me zajedno s našom malom Ivom ohrabrivao, motivirao i vjerovao u mene, stoga njima i posvećujem ovaj rad.

“Najsigurniji znak starenja je usamljenost.”

Amos Bronson Alcott

“Usamljenost je najgori dio starenja, a ne bol i boljetice, ne ćudljiva crijeva ili zadihanost nakon uspona po stubama preko kojih si sa dvadeset godina mogao preletjeti - usamljenost.

S. King

SAŽETAK

Uvod: Usamljenost se karakterizira kao neugodna, bolna, anksiozna čežnja za drugom osobom ili osobama, odnosno neugodno emocionalno stanje koje nastaje kada se osoba osjeća odbačenom, otuđenom ili neshvaćenom od drugih te joj nedostaje društvo za socijalne aktivnosti i emocionalnu intimnost. Usamljenost je značajan stresor i poznat uzrok mnogih kroničnih zdravstvenih problema u različitim populacijama te uzrokuje pad funkcionalnosti i porast smrtnosti u velikim uzorcima starijih osoba iz više različitih kultura. Svrha istraživanja je istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine starijih osoba, osoba smještenih u institucijama/domovima i starijih osoba koje su u svojim kućama/domaćinstvima, te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa samopoštovanjem, samozbrinjavanjem i sociodemografskim varijablama ispitanika te na temelju rezultata razviti prijedlog implementacije modela prevencije usamljenosti.

Metode: Za prikupljanje primarnih podataka odabran je uzorak slučajnim odabirom od 379 ispitanika na području Varaždinske i Međimurske županije, pri čemu je u istraživanju sudjelovalo 178 ispitanika/ica koji žive u svojim kućama i 201 ispitanik/ica institucionaliziranih u domove za starije osobe. Kao instrument istraživanja korišteni su standardizirani upitnici: Skala emocionalne i socijalne usamljenosti, Rosenbergova skala samopoštovanja te Skala samozbrinjavanja. Osim standardiziranih upitnika, u prvom dijelu ankete korišteni su i opći sociodemografski podaci ispitanika. Prilikom statističke obrade koristila se metoda deskriptivnog prikaza podataka, te metode inferencijalne statistike i regresijske analize. Podaci su obrađeni pomoću neparametrijskih inačica testova, odnosno Kruskal Wallis testom, Mann-Whitneyevim U testom, Wilcoxon W testom.

Rezultati: Rezultati su pokazali kako na pojavu usamljenosti utječe dob, spol, bračno stanje, mjesto stanovanja, vrsta domaćinstva, veličina stambenog prostora, visina mjesečnog dohotka, a institucionalizacija negativno utječe na samopoštovanje starih osoba. Očuvana sposobnost samozbrinjavanja i to na području fizičke skrbi pokazala je statistički značajan negativan odnos s usamljenosti.

Rasprava: Provedenim istraživanjem potvrdili smo kako su stare osobe usamljene te da se usamljenost razlikuje s obzirom na njihove sociodemografske karakteristike. Također, istraživanjem smo utvrdili kako samozbrinjavanje može djelovati kao preventivni čimbenik za nastanak usamljenosti što je svakako bitno za daljnje planiranje prevencije usamljenosti u starih osoba. Temeljem našeg istraživanja u modelu prevencije naglasak

smo stavili na promicanju samozbrinjavanja starijih osoba posebno u području fizičke skrbi.

Zaključak: Bazirajući se na dobivenim rezultatima našeg istraživanja, možemo zaključiti kako je usamljenost značajan problem starih osoba te je potrebno promicati samozbrinjavanje starih osoba kao jednog od mnogih preventivnih čimbenika usamljenosti.

Ključne riječi: socijalna i emocionalna usamljenost, samopoštovanje, samozbrinjavanje, starije osobe, institucionalizacija, socijalna podrška, skrb za starije.

SUMMARY

Introduction: Loneliness is characterized as an unpleasant, painful, anxious longing for another person or people, that is, an unpleasant emotional state that occurs when a person feels rejected, alienated or misunderstood by others and lacks company for social activities and emotional intimacy. Loneliness is a significant stressor and is known to cause many chronic health problems in different population, and causes functional decline and mortality growth in large samples of elderly from various cultures. The purpose of the research is to explore social and emotional loneliness in two groups of elderly, people in institutions/retirement homes and elderly in their homes/households, and determine to which extent is loneliness linked with self-esteem, self-care and sociodemographic variables of the examinees, and develop a proposal for implementing the model of loneliness prevention.

Methods: In order to gather primary data, a random sample of 379 examinees from Varazdin and Medimurje county was selected, with 178 examinees living in their homes and 201 institutionalized in retirement homes. Standardized questionnaires were used as the instruments of the research: Emotional and Social Loneliness Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and Self-Care Scale. In addition to standardized questionnaires, the first part of the survey included general sociodemographic data of the examinees. During the statistical processing, the method of descriptive data presentation was used, along with the methods of inferential statistics and regression analysis. Data were processed using nonparametric variants of the tests, that is Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon W test.

Results: The results have shown that age, gender, marital status, place of residence, household type, housing size and monthly income affect the prevalence of loneliness, and that institutionalization has a negative effect on self-esteem of the elderly. The preserved ability of self-care in the area of physical care has shown a statistically significant negative relationship with loneliness.

Discussion: The research has confirmed that the elderly are lonely and that loneliness differs depending on their socio-demographic characteristics. We have also found out that self-care can act as a preventive factor for loneliness, which is certainly essential for further planning of loneliness prevention among the elderly. Based on our research in the model of prevention, we emphasized the promotion of self-care of the elderly especially in the field of physical care.

Conclusion: Based on the results of our research, we can conclude that loneliness is a significant problem for the elderly and that it is necessary to promote self-care of the elderly as one of the preventive factors of loneliness.

Keywords: Social and emotional loneliness, self-esteem, self-care, elderly, institutionalization, social support, care for the elderly.

POVZETEK

Uvod: Osamljenost je neprijetno, boleče, tesnobno hrepenenje po drugi osebi ali drugih osebah, oziroma neprijetno čustveno stanje, v katerem oseba občuti zavrženost, odtujenost ali nerazumevanje drugih oseb, ter pogreša družbo za socialne aktivnosti in čustveno intimnost. Osamljenost je pomemben stresor in dobro znan vzrok številnih kroničnih zdravstvenih težav v različnih populacijah, ki povzroča zmanjšano funkcionalnost in večjo smrtnost v večjem vzorcu starejših oseb v različnih kulturah. Namen doktorske disertacije je bil raziskati in predstaviti socialno in čustveno osamljenost pri dveh skupinah starejših oseb, oziroma tistih, ki živijo v domovih za starejše in tistih, ki živijo v lastnih hišah, in socialnodemografskimi spremenljivkami določiti v kolikšni meri je osamljenost povezana s samospoštovanjem, samooskrbo in izpraševancev, ter na podlagi rezultatov razviti predlog implementacije modela preprečitve osamljenosti.

Metode: Osnovni podatki so pridobljeni na podlagi naključno izbranih 379 izpraševancev na področju Varaždinske in Međimurske občine, pri čemer je v raziskavi sodelovalo 178 izpraševancev/-k, ki živijo v lastni hiši in 201 izpraševanec/-ka, ki so nameščeni v domovih za starejše. V raziskavi so uporabljeni standardizirani anketni vprašalniki: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, Lestvica čustvene in socialne osamljenosti ter Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe. V prvem delu ankete so uporabljeni tudi splošni sociodemografski podatki izpraševancev. Za prikaz podatkov je uporabljena deskriptivna analiza, ter metode inferenčne statistike in regresijske analize. Podatki so obdelani neparametrijski, oziroma na podlagi Kruskal Wallisovega testa, Mann-Whitneyevega U testa, Wilcoxonovega W testa.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da na pojav osamljenosti vplivajo starost, spol, zakonski status, stalno bivališče, vrsta gospodinjstva, velikost življenjskega prostora, višina mesečnega dohodka, medtem ko institucionalizacija negativno vpliva na samospoštovanje starejših oseb. Ohranjena zmožnost samooskrbe na področju skrbi za fizično stanje, je pokazala statistično precej negativno razmerje z osamljenostjo.

Razprava: Raziskava je potrdila, da so starejše osebe osamljene in da obstaja več tipov osamljenosti, glede na njihove sociodemografske lastnosti. Ugotovili smo, da samooskrba lahko preventivno deluje na pojav osamljenosti, kar je v vsakem primeru pomembno za daljše načrtovanje preprečevanja osamljenosti pri starejših oseb. Na podlagi naše raziskave v modelu preprečitve, smo dali poudarek spodbujanju samooskrbe starejših oseb, posebej na področju skrbi za fizično stanje.

Zaključek: Glede na rezultate naše raziskave, lahko zaključimo, da je osamljenost pomemben problem pri starejših osebah zato treba spodbujati njihovo samooskrbo kot eden izmed preventivnih dejavnikov osamljenosti.

Ključne besede: socialna in čustvena osamljenost, samospoštovanje, samooskrba, starejše osebe, institucionalizacija, socialna podpora, skrb za starejše.

UVOD

Večja pričakovana življenjska doba in skrb za starejše osebe predstavljata mednarodni izziv in javnozdravstveni imperativ (World Health Organisation 2015), zato je treba spodbujati zdravo, aktivno staranje in dobro počutje starejših (Walters in sod. 2017).

Kljub številnim teorijam o staranju, še vedno nimamo popolne razlage tega procesa (Davidovic in sod. 2010), zato se teorije pogosto prepletajo (Duraković 2007, 3). Obstajajo številne teorije, ki poskušajo razložiti spremembe pri starejših po upokojitvi. Tako Ebersole in sodelavci (2005 v Lahe 2016, 14) menijo, da „socialni umik kot naravni proces staranja predstavlja vzajemno korist za posameznika in za družbo, ker se starejši prostovoljno upokojijo in izključijo iz obstoječih družbenih vlog. Teorija kontinuitete nalaga, da se ljudje lažje upokojijo, če so bolj posvečeni sorodnim vlogam (npr. vloga babice, dedeka, upokojene učiteljice, ki uči vnučke...), in če predvidevamo, da upokojeni starješi ne želijo velikih sprememb glede na prejšnje obdobje“ (Đorđević 2013). Tisti starejši, ki ne morejo usmeriti svoj čas in ostale veščine na družinske člane, se pogosto počutijo osamljeno.

Luo in sod. (2012) so potrdili, da osamljenost predstavlja rizičen dejavnik za morbiditeto in mortaliteto ter predstavlja pomemben javnozdravstveni problem. Starejši se med staranjem soočajo z boleznimi, večjo invalidnostjo, zmanjšano zmožnostjo za kontrolo svojega okolja ter z manjšo funkcionalno zmožnostjo (Heckhausen in sod. 2013), zato se osamljenost pogosto pojavlja pri starejših. Osamljenost lahko definiramo kot navzočnost negativnih čustev, ki so povezana s percipirano socialno izolacijo, zaradi česar predstavlja eden izmed največjih problemov med staranjem (Vuletić in Stapić 2013, 46). Osamljenost je pogostejša pri starejših kot pri mlajših osebah, zato ker je število starejših, s katerimi je posameznik bil povezan, z leti vse manjše, in se spreminja intenziteta čustvenih odnosov (Brajković 2010, 16). Smrt zakonca, bratov/sester, prijateljev, bolezni, manjši prihodki ter večja odvisnost glede samooskrbe so rizične situacije, ki peljejo k osamljenosti (Vuletić in

Stapić 2013, 46). Raziskava Holt-Lunstada in sod. (2010, 9) je pokazala, da je osamljenost neposredno povezana z mortaliteto, najverjetneje ker imajo bolj osamljene osebe pogostejše kronične bolezni (Thurston in Kubzansky, 2009). Vanhalst in sod. (2015 v Huang in sod. 2016) menijo, da obstajata dve nasprotni perspektivi osamljenosti. „Prvi spopad je zaznamovan kot osamljenost-vzdrževanje perspektive, po kateri osamljenost zmanjša občutljivost na potencialne koristi od situacij, ki zadovoljujejo potrebo po pripadnosti“. V prid omenjeni perspektivi govorijo nekatere prejšnje raziskave, ki so nakazale na škodljivost osamljenosti glede na socialno funkcioniranje posameznika (Hawley in Cacioppo 2010; Twenge in sod. 2007; Uchino 2006, 377; Shor in Yogevev 2013, 626). Drugi spopad je zaznamovan kot osamljenost-redukcijska perspektiva, po kateri frustrirana potreba po pripadnosti spodbuja posameznika k socialnem delovanju in večjem zadovoljstvu (Vanhalst in sod. 2015 v Huang in sod. 2016). To perspektivo podpirajo študije Shaleva in Bargha (2015) ter Clarka in sod. (2015), ker se osamljeni posamezniki najverjetneje spominjajo informacij, ki so povezane z medčloveškimi odnosi ali kolektivnimi družbenimi zvezami, oziroma so osamljeni posamezniki bolj motivirani za uresničitev novih družbenih zvez. Torej, osamljenost včasih lahko opazujemo in doživljamo kot pozitivno izkušnjo, s katero posameznik poskuša uresničiti aktivnejše družbeno življenje. Lacković-Grgin (2008, 23) pravi, da je „resnična osamljenost lahko kreativna moč, ki pospeša življenje in spodbuja spremembe vedenja, medtem ko je anksiozna osamljenost pravzaprav obrambni mehanizem, ki človeku otežuje soočanje s pomembnimi življenjskimi vprašanji“.

POKAZATELJI OSAMLJENOSTI PRI STAREJŠIH

Glede na socialno in čustveno dimenzijo osamljenosti, so raziskave, ki se ukvarjajo s pokazatelji osamljenosti relativno redke (Dahlberg in McKee 2014). Zato bodo v tem delu besedila opisani pokazatelji osamljenosti, ki se dotikajo raziskave in se nanašajo na: sociodemografske lastnosti kot so starost, spol, zakonski status, socioekonomski status, kraj prebivanja (institucija ali lastna hiša, mesto ali podeželje), kakovost funkcioniranja družbenih odnosov, samospoštovanje in samooskrba.

Starost in osamljenost

Prevalenca in intenziteta osamljenosti sta različna glede na starost.“ V literaturi pogosto

najdemo stereotype, da je osamljenost najpogostejša med starejšimi, ampak v resnici je osamljenost najpogostejša pri adolescentih, mlajših osebah ter pri najstarejši starostni skupini nad 80 let (Cacioppo in sod. 2006). Osamljenost je navzočna pri okoli „80% populacije mlajše od 18 let ter okoli 40% populacije starejše od 65 let starosti“ (Mushtaq in sod. 2014). Bolj natančen vpogled v starostne spremembe osamljenosti pri starejših dobimo v študiji „Bangor Longitudinal Study of Ageing“ (Wenger in Burholt 2004, 115), ki je izvedena na podeželju Walesa od leta 1979 do 1991. Rezultati študije so pokazali, da je „odstotek visoko izoliranih in visoko osamljenih stabilno majhen, odstotek zmerno izoliranih in zmerno osamljenih pa je s starostjo vse višji“. Železnik in sod. (2016, 14) pravijo „da je v današnjem času, ko je na prvem mestu posredna komunikacija, osamljenost v središču pozornosti pri mlajših in starejših“.

Spol in osamljenost

Komparativna raziskava osamljenosti odraslih izpraševancev, ki so jo izvedli Rokach in sod. (2001, 17), je pokazala, da „pri kanadskih izpraševancih ni razlik med spoloma glede osamljenosti“, medtem ko se je pri „hrvaških izpraševancih pokazalo, da so ženske bolj osamljene kot moški, in glavni vzrok lastne osamljenosti, hrvaške izpraševanke vidijo v nezadovoljivih interpersonalnih odnosih“ (Rokach in sod. 2000, 6). Rezultati raziskave Cacioppa in sod. (2009) so pokazali, da so ženske več osamljene kot moški. Heikkinen in Kauppinen (2004, 239) so našli statistično značilen porast osamljenosti pri ženah od 80 do 85 let starosti. Razlog verjetno leži v dejstvu, da so ženske prej kot moški pripravljene priznati občutek osamljenosti, ker jih zaradi tega ne bo spremljal stereotip slabosti (Vuletić in Stapić 2013, 46). Temu v prid govori tudi raziskava, sta jo izvedla Lau in Gruen (1992, 182), v kateri govorita, da so „osamljeni moški bolj stigmatizirani kot osamljene ženske“.

Zakonsko stanje in osamljenost

„Analize številnih pokazateljev zadovoljstva z življenjem pri odraslih so nedvomno pokazale, da je zakonski status najmočnejši pokazatelj subjektivne blaginje“ (Penezić 2006, 125; Karraker in Latham, 2015). Zakonski status je v zvezi z manjšo mortaliteto, oz. vpliva na podaljšanje življenjske dobe za celo deset let (Clouston in sod. 2014). Ugotovljeno je tudi, da so poročeni ljudje in tisti, ki živijo v trajni zunajzakonski skupnosti, manj osamljeni kot samski, ločeni in vdovci (DeJong-Gierveld 1987 v

Lacković-Grgin in sod. 2009, 8; Dykstra 2009), ker zakonski partnerji in odrasli otroci omogočajo vsako mogočo neformalno podporo (Babić in sod. 2004, 233), medtem ko brati/sestre in drugi sorodniki omogočajo večinoma čustveno podporo (Podgorelec in Klempić 2007, 123).

Socioekonomski status in osamljenost

„Dva največkrat uporabljena indikatorja socioekonomskega statusa sta izobraževanje in materialni položaj“ (Kozjak 2005, 10). Raziskovanje, ki sta ga Pinqart in Sörenson (2001, 245) izvedla na starejših izpraševancih je pokazalo, da sta izobraževanje in višina dohodkov negativno povezana z osamljenostjo. Weiss je leta 1973 (v Cosan 2014, 105) izjavil, da so revne osebe bolj naklonjene osamljenosti. Nekatere raziskave so pokazale negativno percepcijo staranja tudi pri tistim, ki imajo boljše izobrazbo in boljše materialno situacijo, ker so zaradi upokojitve doživeli relativno izgubo (Zhao in sod. 2017).

Družbeni odnosi in osamljenost

Glede na dejstvo, da starost lahko predstavlja izziv v spremembi družbenih vlog (biti dedek/babica, upokojitev, smrt blizkih oseb) ter potencialno manjše družbeno omrežje (Dahlberg in sod. 2015), so lahko ogrožena, oziroma preprečena nova prijateljstva in ohranitev obstoječih odnosov (Pikhartova in sod. 2016). Zato so družbeni in družinski odnosi najpomembnejša elementa kakovosti življenja starejših in druga najpomembnejša, takoj za zdravjem (Health Quality Ontario 2008).

Kraj prebivanja in osamljenost

Ko govorimo o povezanosti osamljenosti s krajem in pogoji bivanja, so mnenja strokovnjakov zelo različna. Urbana in podeželska naselja sta različna glede na prometno povezanost z drugimi naselji ali mesti (Scharf in de Jong Gierveld 2008, 103). Urbana območja so vse bolj razvita, da bi lahko zadovoljila potrebe bogatih, mlajših porabnikov. Zato določena urbana področja več niso primerna za ohranitev socialnih odnosov, ki lahko zaščitijo starejše pred socialno izolacijo in osamljenostjo, ter na ta način pospešijo njihovo mentalno zdravje (Scharf in de Jong Gierveld 2008, 103). Glede na prevalenco osamljenosti starejših, ki živijo v domovih za starejše, verjamemo, da se osamljenost

pojavlja kot posledica dolgoročne skrbi (Valtorta in Hanratty 2012). Temu v prid govori študija Drageseta in sod. (2011), v kateri je več kot polovica uporabnikov domov za starejše, ki niso trpeli nobenih kognitivnih poškodb izjavilo da se občutijo osamljeno.

Samospoštovanje in osamljenost

Samospoštovanje definiramo kot „rezultat formiranega pojma o sebi, oziroma kot vrednotenje ali oceno samega sebe“ (Jelić 2011, 444). Samospoštovanje je evaluativni aspekt samorazumevanja, ki ga je utemeljil William James in gre za eno izmed najpomembnejših lastnosti osebnosti (Družić Ljubotina in Ljubotina 2014, 87). Vpliv staranja na predstavo samega sebe je predmet številnih raziskovanj, ampak še nimamo veljavnih zaključkov o odnosu samospoštovanja“ (Shaw 2010, 84). Toda rezultati raziskave Robinsa in sod. (2002, 423) so potrdili odnos starosti in samospoštovanja, in pokazali „postopno zmanjšanje samospoštovanja v otroštvu in adolescenci, ter naprej postopno povečanje samospoštovanja vrhunca pri odraslih in nagli padec pri starejših v 70-ih letih življenja“.

Samooskrba in osamljenost

„Samooskrba je zavestna, preiščljena, samoiniciativna in smotrna aktivnost posameznika, ki temelji na lastnih vrednostih in ciljih. Lahko zelo učinkovito pospeši strukturalno integriteto, funkcioniranje in razvoj osebe“ (Kalauz 2011, 30). Orem (1955 v Gavrančić in sod. 2016, 149) pravi, da je samooskrba naučeno vedenje, ki se uporablja za zadovoljitev potreb. Železnik (2010, 4) pravi, da „samooskrba ni samo naučeno, zavestno dejanje, ampak deloma tudi podzavestna rutina. Raziskava Hoya in sod. (2007, 716) je pokazala, da je samooskrba odločilen dejavnik pri negi starejših ter je lahko odločilen dejavnik za vsakdanje življenje v lastnem domu.

NAMEN IN CILJI DOKTORSKE DISERTACIJE

Namen doktorske disertacije je raziskati in predstaviti socialno in čustveno osamljenost pri dveh skupinah starejših, tistih, ki živijo v institucijah/domovih zastarejše in tistih, ki živijo v lastnih hišah, ter ugotoviti v kolikšni meri je osamljenost povezana s samospoštovanjem, samooskrbo in sociodemografskimi spremenljivkami izpraševancev.

Cilji:

- 1: Ugotoviti razlike med doživetjem socialne in čustvene osamljenosti, glede na sociodemografske značilnosti starejših v institucijah in zunaj institucij
- 2: Ugotoviti, če obstajajo razlike med doživetjem socialne in čustvene osamljenosti, glede na funkcionalne sposobnosti starejših (zmožnost samooskrbe in zdravstveno stanje) v inštitucijah in zunaj inštitucij
- 3: Ugotoviti povezanost socialne in čustvene osamljenosti, glede na samospoštovanje izpraševancev v inštitucijah in zunaj inštitucij
- 4: Razviti primer modela socialne in čustvene osamljenosti starejših.
- 5: Predlog implementacije modela prevencije socialne in čustvene osamljenosti v zdravstveni in socialni sistem
- 6: Predlog implementacije vsebin iz socialne gerontologije v formalno izobraževanje medicinskih sester, s poudarkom na osamljenost starejših.

Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Med raziskovanjem bomo poskusili odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja (RV):

- RV1: Kakšna je razlika v doživljanju osamljenosti med starejšimi, ki živijo v institucionalnem varstvu in starejšim, ki živijo v lastnih hišah?
- RV2: Kako sociodemografske lastnosti vplivajo na doživljanju osamljenosti med starejšimi?
- RV3: Kakšen je vpliv zmanjšane samospoštovanje in zmanjšane zmožnosti samooskrbe na pojav osamljenosti pri starejših?

Pred raziskavo smo postavili štiri delovne hipoteze s podhipotezami:

Hipoteza 1: Osamljenost pri starjših osebah je odvisna od kraja bivanja (institucija ali lastna hiša, mesto ali podeželje).

Hipoteza 2: Osamljenost pri starjših osebah je odvisna od sociodemografskih lastnosti izpraševancev (starost, spol, izobrazba, mesečni dohodek).

Hipoteza 3: Osamljenost pri starjših osebah je odvisna od ravni samospoštovanja.

Hipoteza 4: Zmožnost samooskrbe vpliva na osamljenost pri starejših osebah.

Raziskovalne metode

Instrument

V naši raziskavi so uporabljeni standardizirani vprašalniki: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, Lestvica čustvene in socialne osamljenosti ter Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe. Razen standardiziranih vprašalnikov so v prvem delu ankete uporabljeni tudi splošni sociodemografski podatki izraševascev. Rosenbergova lestvica samospoštovanja je sestavljena iz 10 trditev, za katere se anketiranci odločajo s pomočjo Likertove lestvice s 5 stopnjami od 1 do 5. Na vzorcu naše raziskave smo izračunali Cronbachov koeficient alpha, ki znaša 0,860, kar pomeni visoko zanesljivost. Lestvica socialne in čustvene osamljenosti, ki smo jo uporabili v narazen delu, je sestavljena iz treh podlestvíc, ki vsaka zase raziskujejo osamljenost na področju prijateljskih odnosov (podlestvica socialne osamljenosti, 13 trditev), družinskih odnosov (podlestvica osamljenosti v družini, 11 trditev) in ljubezenskih zvez (podlestvica osamljenosti v ljubezni, 12 trditev). Na vzorcu naše raziskave smo zračunali Cronbachov koeficient alpha, ki za socialno osamljenost znaša 0,945, za osamljenost v ljubezni 0,861, in za osamljenost v družini 0,914. V raziskavo je vključena tudi komponenta samooskrbe po Nortonovi lestvici (Self-Care Assessment Worksheet 1996). Lestvica je sestavljena od 6 trditev povezanih s fizično, psihološko, čustveno, duhovno in profesionalno (delovno) skrbjo, ter z ravnovesjem med samooskrbo in profesionalno skrbjo. Na vzorcu naše raziskave smo zračunali Cronbachov koeficient alpha za vsako podlestvico samooskrbe (Tablica 4), ki za fizično skrb znaša 0,710, psihološko skrb 0,717, čustveno skrb 0,696 ter za duhovno skrb (skrajšano podlestvico) 0,745.

Vzorec

Za prvo skupino smo izbrali naključnih 178 izpraševancev. Druga skupina je bila sestavljena iz 201 izpraševanca, ki živijo v domovih za starejše. V raziskavo so bili vključeni naslednji domovi: Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Dom za starije i nemočne osebe Varaždin, Dom za starije i nemočne osebe „Novinščak“ Čakovec, Dom za starije i nemočne osebe Sv. Ana, Dom za starije i nemočne osebe „Novi Život“ ter Dom za starije i nemočne osebe „Matija“. Te domove smo izbrali, zato ker so glede na urejenost in življenjske pogoje najbolj podobni življenju v lastni hiši. V raziskavo niso bili vključeni

izpraševanci, ki imajo težje psihofizična obolenja (npr. demenca, shizofrenija, PTSP, višji stadiji malignih obolenj, CVI z afazijo, popolna nepomičnost in podobno), oziroma, sodelovali so samo tisti izpraševanci, ki lahko sami opravljajo vsakdanje naloge (se nahranijo, hodijo, se preoblečejo, se kopajo).

Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava se je pričela na začetku januarja in je trajala do konca aprila leta 2017. Izpraševancem je bilo razloženo, da anketiranje povprečno traja okoli 30 minut ter, da lahko v vsakem trenutku odnehajo, če bodo občutili takšno potrebo. Od Društva upokojencev smo dobili popis tistih starostnikov ki živijo v lastnih hišah na podeželju in lahko zadovoljijo pogoje za sodelovanje v raziskavi, medtem ko smo raziskavo v mestu opravili v sklopu posvetovalnice (v krajevnih skupnostih). Izpraševalci so obiskali izbrane izpraševance na njihovih domovih in krajevnih skupnostih seznanili so jih z namenom raziskave in ponudili vprašalnik tistim, ki so ga želeli izpolniti. Seznam potencialnih izpraševancev v domovih za starejše, ki so izpolnjevali kriterije za raziskavo, je izpraševalec dobil od socialnih delavcev in delovnih terapevtov.

Že prvi udeleženci (obeh skupin) so po prebranih navodilih imeli težave s samostojno izpolnitvijo vprašalnika (težave pri pisanju v vprašalnik, težave pri branju vprašanj, hitro utrujanje). Da izpraševanci ne bi dobili različne informacije, je celotna raziskava izvedena ustno, oziroma izpraševalec je bral vprašanja in pisal odgovore. Nekateri izpraševanci so hoteli sami izpolniti vprašalnik, kar jim je izpraševalec omogočil. Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili deskriptivno in inferencialno metodo. Ker je ugotovljen odmik opazovanih spremenljivk od normalne (Gaussove) distribucije, smo testiranje izvedli s pomočjo neparametrijskih inercialnih testov, oziroma Kruskal Wallisovega testa, Mann-Whitneyevega U testa, Wilcoxonovega W testa. Izračunali smo pripadajoče številčne kazalce, ki kažejo skupne vrednosti vsake opazovane spremenljivke, ter jih predstavili skozi aritmetično sredino, pripadajoče frekvence pa so prikazane skozi absolutne vrednosti vsake lestvice in odstotnega deleža. Da bi lahko opazili povezanost med spremenljivkami in kategorijami smo izračunali Spearmanov koeficient korelacije na zaprti lestvici $-1 < r < 1$, da bi preverili, če je stopnja korelacije opazovane kategorije pozitivna ali negativna. Signifikantnost vseh testov je med testiranjem postavljena na 5 %, kar pomeni zanesljivost od 95%, in smo se na podlagi pridobljenih signifikantnosti odločili, če bomo postavljene hipoteze sprejeli ali ovrgli.

Za statistično analizo smo uporabili program SPSS (inačica 21.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Etični pogled

V raziskovanjih se etika nanaša na uporabo etičnih načel in ustrezno vedenje pri pripravi in izvedbi raziskovanja, ter analizi in interpretaciji rezultatov (Tkalac Verčič in sod., 2010, 5). Načrt za izvedbo naše študije je pregledala in sprejela „Komisija za raziskovalno delo“ Alma Mater Europaeae v Mariboru, marca 2017. Za izvedbo raziskovanja smo potrebovali soglasja izpraševancev. Vsaka starejša oseba, ki živi v lastni hiši, je zase dala ustno soglasje, medtem ko smo za institucionalizirane osebe, dobili soglasja s strani Upravnih odborov naslednjih institucij: Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Dom za starije i nemočne osebe Varaždin, Dom za starije i nemočne osebe „Novinščak“ Čakovec, Dom za starije i nemočne osebe Sv. Ana, Dom za starije i nemočne osebe „Novi Život“ ter Dom za starije i nemočne osebe „Matija“.

Vsi izpraševanci so se udeležili naše raziskave popolnoma prostovoljno in jim je bila zagotovljena anonimnost. Izpraševalec je razložil izpraševancem, da bodo rezultati analizirani skupno, ter da bodo ostali popolnoma anonimni, brez lastnih imen in priimkov, ali nekaterih drugih identifikacijskih podatkov. Izpraševanci so bili seznanjeni s pravico, da lahko v katerem koli trenutku odnehajo od raziskave, če si tako želijo.

REZULTATI

Lastnosti izpraševancev

Temelj raziskave sta predstavljali dve skupini starejših izpraševancev: Institucionalizirane osebe (tiste, ki živijo v domovih za starejše) in osebe, ki živijo v lastnih hišah. Celotni vzorec vključeval 379 izpraševancev (Tabela 5), oziroma 201 (53,0%) izpraševanca iz institucije/doma in 178 (74,0%) iz hiš. Glede na spol je v institucijah/domovih bilo 142 (70,6%) izpraševancev ženskega spola in 58 (28,9%) moškega spola, v hišah pa 121 (68,0%) ženskega spola ter 57 (32,0%) moškega spola (Tabela 12). Izpraševance smo razdelili v tri starostne skupine: od 65-74 let, 75-84 let in starejši od 85 let. Povprečna starost izpraševancev v institucijah (Tabela 5) znaša 80,64. Standardni odklon znaša 6,481 let, kar pomeni, da minimalna vrednost znaša 65 let, maksimalna pa 94 let. Povprečna

starost izpraševancev v hišah znaša 71,41. Standardni odklon znaša 5,776, kar pomeni, da minimalna vrednost znaša 65 let, maksimalna pa 89 let. V Tabeli 8 so posebej prikazani rezultati za tiste izpraševance, ki v lastnih hišah živijo sami ali z drugimi družinskimi člani. Med njimi je 42 izpraševancev (23,6%), ki živijo sami, 136 (76,4%) pa z drugimi člani skupnega gospodinjstva. Najpogoste z njimi živijo (Tabela 9): sin/ovi 46,1%, zakonec 44,4%, vnuki 41,0%, snaha/e 32,6%, redkejšje pa hčer/e 13,5%, zeti 5,6%, mati/oče, tast/tašča 2,8%, pravnuk/ki 2,2% ter ostali 3,9%. Mesečni dohodek (Tabela 11) večine izpraševancev 92 (51,7%) znaša 2400-3400 kn. Glede na izobraževanje se rezultati skupin razlikujeta. V institucijah/domovih je 101 (50,2%) izpraševanec odgovoril (Tabela 14), da ima končano osnovno šolo, med tistimi, ki živijo v lastnih hišah/gospodinjstvih pa je 73 izpraševancev (41,0%) odgovorilo, da imajo končano osnovno šolo, 79 izpraševancev (44,4%) pa končano srednjo šolo. Zakonski status izpraševancev je tudi različen (Tabela 15). V institucijah/domovih je največ vdovcev/vdov, oziroma 140 izpraševancev (69,7%), poročenih pa je 20 (10,0%). V hišah/gospodinjstvih je skoraj enako število vdovcev/vdov in poročenih, oziroma 79 (44,4%) vdovcev/vdov in 78 (43,8%) poročenih.

Testiranje s pomočjo statističnih testov za izpraševance v domovih/institucijah in v lastnih hišah/gospodinjstvih

Iz Tabele 26 je razvidno da je pri nekaterih kategorijah stopnja značilnosti testa znaša manj kot 5% ($p < 0,05$), ter je glede na raven zanesljivosti 95% ugotovljeno, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev v kategorijah: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, osamljenost v ljubezni, psihološka skrb, čustvena skrb, duhovna skrb, glede na izpraševance, ki živijo v domovih/institucijah in izpraševance, ki živijo v lastnih hišah. Stopnja značilnosti pri vprašanju kako bi na splošno opisali svoje zdravstveno stanje (Tabela 28) znaša manj kot 5% ($p = 0,000$), kar je glede na raven zanesljivosti 95% in pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev ki živijo v domovih/institucijah in izpraševancev, ki živijo v lastnih hišah. V Tabeli 30 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa znaša manj kot 5% ($p = 0,014$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja statistično precejšnja razlika v kategoriji osamljenost v ljubezni pri ženskah, ki živijo v institucijah. V Tabeli 31 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p < 0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševank za kategorije: osamljenost v ljubezni, čustvena skrb in duhovna skrb pri ženskah, ki živijo v

hišah. Stopnja značilnosti za kategorijo osamljenost v ljubezni (Tabela 33) znaša manj kot 5% ($p=0,042$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja statistično precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev v starostni skupini od 65. – 74. let, ki živijo v institucijah. V Tabeli 34 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev starejših od 85 let, ki živijo v hišah, za kategorije: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, socialna osamljenost, osamljenost v ljubezni, osamljenost v družini, fizična skrb, psihološka skrb, čustvena skrb. V Tabeli 36 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v institucijah, za kategorije: Rosenbergova lestvica samospoštovanja in čustvena skrb, glede na zdravstveno stanje izpraševancev. V Tabeli 37 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v hišah, za kategorije: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, psihološka skrb in čustvena skrb, glede na zdravstveno stanje izpraševancev. V Tabeli 39 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v institucijah za kategorije: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, psihološka skrb in čustvena skrb, glede na izobraževanje. V Tabeli 40 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v hišah, za kategorije: fizična skrb, psihološka skrb in čustvena skrb, glede na izobraževanje. V Tabeli 42 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v institucijah, za kategorije: osamljenost v ljubezni, osamljenost v družini, fizična skrb in psihološka skrb, glede na zakonski status. V Tabeli 43 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v hišah, za kategorije: osamljenost v ljubezni, osamljenost v družini, fizična skrb, duhovna skrb, glede na zakonski status. V Tabeli 47 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p<0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih

izpraševancev, ki živijo v hišah, za kategorije: osamljenost v ljubezni, osamljenost v družini, duhovna skrb, glede na vrsto gospodinjstva. V Tabeli 51 lahko opazimo, da stopnja značilnosti testa v nekaterih kategorijah znaša manj kot 5% ($p < 0,05$), kar glede na raven zanesljivosti 95% pomeni, da obstaja precejšnja razlika v odgovorih izpraševancev, ki živijo v hišah za kategorije: Rosenbergova lestvica samospoštovanja, osamljenost v ljubezni, duhovna skrb, glede na mesečni dohodek.

Korelacije med osamljenostjo, samospoštovanjem in samooskrbo

Za izpraševance, ki živijo v institucijah (Tabela 52), koeficient korelacij med socialno osamljenostjo in osamljenostjo v družini znaša $r = 0,517$, stopnja značilnosti 0,01 in raven zanesljivosti 99%. To pomeni, da večja vrednost odgovorov za socialno osamljenost povzroča večjo vrednost odgovorov za osamljenost v družini. Koeficient korelacij med socialno osamljenostjo in fizično skrbjo znaša $r = -0,516$, stopnja značilnosti 0,01 in raven zanesljivosti 99%. To pomeni, da večja vrednost odgovorov za socialno osamljenost povzroča manjšo vrednost odgovorov za fizično skrb.

Za izpraševance, ki živijo v hišah (Tabela 53), koeficient korelacij med Rosenbergovo lestvico samospoštovanja in socialno osamljenostjo znaša $r = -0,521$, stopnja značilnosti 0,01 in raven zanesljivosti 99%. To pomeni, da večja vrednost odgovorov za Rosenbergovo lestvico samospoštovanja povzroča manjšo vrednost odgovorov za socialno osamljenost. Koeficient korelacij med osamljenostjo v ljubezni in osamljenosti v družini znaša $r = 0,537$, stopnja značilnosti 0,01 in raven zanesljivosti 99%. To pomeni, da večja vrednost odgovorov za osamljenost v ljubezni povzroča manjšo vrednost odgovorov za osamljenost v družini.

RAZPRAVA

Domnevali smo, glede na dosedanje raziskave, da so osebe v institucijah bolj osamljene, ampak so rezultati naše raziskave popolnoma drugačni. Pri izpraševancih v institucijah lahko opazimo precejšnjo statistično razliko glede na osamljenost v ljubezni (Tabela 26), ampak ko govorimo o socialni osamljenosti in osamljenosti v družini, ni takšnih razlik med skupinami. Rezultati niso preveč presenetili, ker domovi za starejše, ki smo jih vključili v raziskavo, glede na opremljenost in življenjske pogoje, ustrezajo pogojem, ki bi jih imeli v lastni hiši. Zato ni nujno, da odhod v dom za starejšo osebo predstavlja negativno izkušnjo,

ker v domovih dobijo občutek varnosti in so osvobojeni vsakdanjih opravkov, ki bi jih imeli v lastni hiši (plačanje računov, kuhanje kosila, pranje perila in podobno), zaradi česar imajo več prostega časa (Brajković 2010, 82) in se lahko počutijo osamljeni v ljubezni. Lovreković in Leutar (2010, 59) se ne strinjata in sta mnenja, da domska nastanitev izločuje osebo iz njenega fizičnega in socialnega okolja, zaradi česar postane izpostavljena večjem stresu in nezadovoljstvu. Kako se bo starejša oseba počutila pri odhodu v dom je odvisno od njenega odnosa do takšne situacije, odnosa njenega okolja, možnosti za zadovoljitev različnih potreb v domu, zmožnosti prilagoditve in podobno (Brajković, 2010, 82). Izpraševanci starejši od 85 let, ki živijo v hišah (Tabela 31 i 33) občutijo večjo socialno osamljenost in osamljenost v ljubezni, izpraševanci stari od 65-74 let pa večjo osamljenost v družini. Podobne rezultate so dobili Cacioppo in sod. (2006), ugotovili so, da se osamljenost najpogostejše pojavlja pri adolescentih, potem pri mlajših ljudeh ter pri najstarejših (več kot 80 let). Starost je polna izzivov in sprememb družbenih vlog, kot je npr. vloga babice in dedeka, upokojitev, smrt bližnjih oseb ter potencialno manjše družbeno omrežje (Dahlberg in sod. 2015), ki lahko ogrozijo ali preprečijo nastanek novih prijateljstev in ohranjanje obstoječih odnosov (Pikhartova in sod. 2016).

Zanimivo je, da so ženske bolj osamljene v ljubezni kot moški (Tabela 29). Podobne rezultate je dobil tudi Cutrona (1982 v Lacković-Grgin 2008, 87), ki pravi, da so ženske bolj osamljene v intimnih in prijateljskih odnosih (čustvena osamljenost), moški pa v socialnih odnosih v skupini (socialna osamljenost). Cacioppo in sod. (2009) so tudi ugotovili, da so ženske bolj osamljene kot moški. Glede na zakonski status (Tabela 40 in 41) smo ugotovili, da so neporočeni izpraševanci v domovih bolj osamljeni v ljubezni in v družini. Med izpraševanci, ki živijo v hiši (Tabela 40 in 41) smo ugotovili, da so vdove/vdovci najbolj osamljeni v ljubezni, medtem ko so neporočeni najbolj osamljeni v družini. Ko en zakonec umre, drugi zakonec občuti več kot dvakrat večjo finančno, gospodarsko in čustveno odgovornost. Zakonec, ki je izgubil vir čustvene podpore se počuti jezno, depresivno, brezupno, osamljeno in socialno izolirano (Rusac in sod. 2016, 61-62). Zanimivo je, da glede na nivo izobrazbe in osamljenosti (Tabela 38 in 39), ni večjih razlik v oceni osamljenosti pri obeh skupinah. Dosedanje raziskave so pokazale, da se po upokojitvi starejši pogosto odločijo nadaljevati izobraževanje. Rezultati raziskave, ki jo je Hrapkova (2010, 34) izvedla na 414 starejših študentov v Bratislavi, so pokazali, da se starejši vse več odločajo za študij ne samo zaradi novih znanj, ampak tudi zaradi novih družbenih stikov, s katerimi bi onemogočili občutek osamljenosti. Da bi lahko ugotovili odvisnost osamljenosti od ravni samospoštovanja, smo uporabili Spearmanov koeficient

korelacije. Pri izpraševancih v institucijah (Tabela 51) ni ugotovljena večja korelacija med socialno osamljenostjo, osamljenostjo v ljubezni in osamljenostjo v družini z ravniyo samospoštovanja. Pri izpraševancih v hišah (Tabela 52) so ugotovljene precejšnje korelacije med samospoštovanjem in socialno osamljenostjo, kar pomeni, da večja socialna osamljenost vpliva na manjšo raven samospoštovanja. Za rezultate je verjetno pomembno dejstvo, da pri staranju ljudje lahko doživijo določene težave in pomanjkljivosti kot so „regresija v kognitivnem in fizičnem funkcioniranju“ (Adams in sod. 2004, 476), ki vplivajo na zmanjšanje produktivnih vlog, ter zmanjšanje ali izgubo medčloveške interakcije, kar povzroča slabo mnenje o sebi (Singh in Misra 2009, 51). Osebe z nižjim samospoštovanjem lahko dobijo vtis, da tudi drugi ljudje nimajo dobrega mnenja o njih, zaradi česar se počutijo zavržene in se redko odločijo na vzpostavljanje socialnih kontaktov. Namreč, v starosti so zaradi manjšega socialnega omrežja in socialnih kontaktov, zmanjšane tudi družinske in socialne vloge starejših, zaradi česar se lahko sami počutijo nekoristno (Gu in sod. 2016). Pri izpraševancih, ki živijo v hišah, je ugotovljena višja raven samooskrbe (psihološke, čustvene in duhovne) kot pri tistih, ki živijo v institucijah, medtem ko na področju fizične skrbi ni večjih razlik (Tabela 25 in 26). Večje razlike so ugotovljene tudi pri oceni zdravstvenega stanja, oziroma izpraševanci v institucijah so v slabšem stanju kot tisti v hišah (Tabela 27 in 28). Rezultati so pričakovani, ker domnevamo, da večina starejših raje ostane v lastni hiši čim dlje je to mogoče (Van Rensbergen in Pacolet 2012; Železnik 2014; Al-Shaqi in sod. 2016), ampak odvisnost od tuje pomoči pri vsakdanjih aktivnostih, bolezen ter prejšnje izkušnje domskega življenja, so vzroki za institucionalizacijo starejših (Mortazavi in sod. 2015; Kim in sod. 2015). Železnik (2007, 78) pravi, da je naloga družbe in države najti način, kako omogočiti starejšim, da čim dlje časa ostanejo v okolju, v katerem so živeli in delali. Nummela in sod. (2010 v Ibrahimi 2014, 14) pišejo, da je odnos med zdravjem in osamljenostjo lahko občasen in dvosmeren, oziroma slabo zdravstveno stanje lahko povzroči večjo osamljenost, večja osamljenost pa slabo zdravstveno stanje. Klainin in Ouannapiruk (2010, 156) sta ugotovila, da so starost, spol in izobraževanje slabo povezani s samooskrbjo. Raziskava je tudi pokazala, da pri izpraševancih v institucijah ni večjih razlik glede na starost in sposobnost samooskrbe (Tabela 32), ampak pri izpraševancih v hišah so ugotovljene večje razlike na področju fizične, psihološke in čustvene skrbi (Tabela 33). Največja sposobnost v omenjenih področjih je ugotovljena pri izpraševancih v starostni skupini od 65 - 74 let. Glede na prikazano oceno zdravstvenega stanja in sposobnosti samooskrbe v Tabeli 34, pri izpraševancih v institucijah lahko opazimo manjšo sposobnost samooskrbe v področju

čustvene skrbi, ki so svoje zdravstveno stanje ocenili kot zaskrbljujoče, medtem ko v ostalih področjih samooskrbe niso ugotovljene večje razlike. Pridobljeni podatki ne odstopajo preveč od podatkov v Poročilu o položaju upokojencev in starejših meščanov Varaždina (2014, 4), po katerih največ institucionaliziranih izpraševancev sodi v starostno skupino od 75 – 84 let, in tistih v hišah/gospodinjstvih v starostno skupino od 65 – 74 let.

Razprava o omejitvah pri raziskavi

Na koncu raziskave lahko omenimo dva pomembna dejavnika, ki omejujeta zaključke.

Prvi dejavnik je v vsakem primeru relativno majhen vzorec, zaradi katerega zaključke ni možno generalizirati, tj. upoštevati na celotnem področju RH. Kot drugi dejavnik domnevamo, da so nekateri izpraševanci dali socialno zaželene odgovore, glede na dejstvo, da je anketa izvedena ustno. Že prvi udeleženci (obeh skupin) so po prebranih navodilih imeli težave s samostojno izpolnitvijo vprašalnika (težave pri pisanju v vprašalnik, težave pri branju vprašanj, hitro utrujanje). Da izpraševanci ne bi dobili različne informacije, je celotna raziskava izvedena ustno, oziroma izpraševalec je bral vprašanja in pisal odgovore.

Razprava o priporočilih za prihodnje raziskave in predlog za razvoj modela preprečevanja osamljenosti

Čeprav smo dokazali celo vrsto spremenljivk, ki lahko vplivajo na pojav osamljenosti pri starejših, brez nadaljnjih raziskav ne bomo dobili celotnega preventivnega modela. Podatki zbrani v tej raziskavi so temelj za prihodnje raziskave, z namenom razvoja modela preprečevanja osamljenosti (Slika 1 in Slika 2). V nadaljnje raziskave je treba vključiti dodatne spremenljivke kot so npr. natančen opis zdravstvenega stanja (število in vrsta kroničnih bolezni), dostopnost zdravstvenih, socialnih in drugih storitev v lokalni skupnosti izpraševanca, raven uporabe teh storitev, vpliv osebnosti na osamljenost ipd.. V raziskave je vsekakor treba vključiti tudi medicinske sestre, ki skrbijo za starejše, posebej medicinske sestre, ki delajo v domovih za starejše in v patronažni službi. Ker področje delovanja medicinskih sester zajema tudi razumevanje, prepoznavanje in reševanje problemov osamljenosti, je potrebno ugotoviti v kolikšni meri medicinske sestre ocenijo, da so starejši osamljeni, kakšno je njihovo teoretično znanje o osamljenosti in javnozdravstvenih posledicah osamljenosti ter v kolikšni meri profesionalno izgorevanje medicinskih sester vpliva na oceno osamljenosti pri starejših. V tej raziskavi smo uporabili

lestvico samooskrbe, ki obenem predstavlja tudi učinkovite strategije za samooskrbo. Izračun koeficienta Cronbach alphe je prikazal visoke in zelo visoke vrednosti v uporabljenih podlestvicah, oziroma v fizični, psihični, čustveni in duhovnoj skrbi. Z raziskavo smo ugotovili tudi precejšnji vpliv samooskrbe iz področja fizične skrbi na zmanjšanje socialne osamljenosti. Starejši se bodo s pomočjo strategij samooskrbe, ki vključujejo različne aktivnosti (telovadba, branje, petje, ples, enodnevni izleti, obisk muzejev in gledališč, pogovor, vodenje dnevnika, preventivni zdravniški pregledi in podobno), lažje soočili z modernimi izzivi staranja in na ta način preprečili pojav osamljenosti. „Redna fizična in mentalna aktivnost, ter kakovostni socialni kontakti prispevajo številnim pozitivnim spremembam in boljšem funkcioniranju mlajših in starejših oseb, ter so pomemben dejavnik za preprečevanje osamljenosti pri starejših“ (Rusac in sod. 2016, 45). Zato medicinske sestre, s pomočjo strategij samooskrbe, ki smo jih v tej raziskavi uporabili, lahko spodbujajo satrejšje na družbeno interakcijo (Slika 2 in Priloga D). Medicinske sestre naj bi se seznanile z omenjenimi strategijami samooskrbe skozi izobraževanje, posebej na preddiplomski ravni v smislu oblikovanja negovalnih diagnoz na različnih strokovnih področjih skozi Proces zdravstvene nege in Gerontološke zdravstvene nege. Potrebujemo širša znanja o prepoznavanju in merjenju osamljenosti, povezavi osamljenosti z drugimi težavami in motnjami, ter javnozdravstvenimi posledicami osamljenosti, da bi lahko zagotovile ustrezno holistično skrb pri delu s starejšim.

ZAKLJUČEK

Osamljenost je pomemben javnozdravstveni problem, ki tudi starejše. Ker je osamljenost večplasten konstrukt, so nujne nadaljnje kontinuirane raziskave iz različnih perspektiv, da bi lahko razvili modele preprečevanja in preprečili posledice kot so negativne zdravstvene navade (konzumacija alkohola, kajenje, suicidalno vedenje in podobno), ter povišali kakovost življenja starejših. Pri raziskavi socialne in čustvene osamljenosti smo uporabili standardizirani vprašalnik, ki čustveno osamljenost deli na dve kategoriji: osamljenost v ljubezni in osamljenost v družini.

Na podlagi rezultatov raziskave smo prišli do nekaterih pomembnih zaključkov. Med starejšim, ki živijo v domovih za starejše in tistim, ki živijo v lastnih hišah, je ugotovljena razlika glede na osamljenost v ljubezni samo pri starostni skupini od 65. – 74. let. Lahko zaključimo, da institucionalizacija nujno ne pomeni večje tveganje za pojav socialne

osamljenosti. Rezultati za to starostno skupino so pričakovani, ker gre za mlajšo starostno skupino, sestavljeno iz novih upokojencev, in glede na nekatere dosedanje raziskave, se osebe v institucijah ne počutijo več obremenjeno z vsakdanjimi obveznostimi (plačanje računov, kuhanje...), ter imajo več časa za ostale dimenzije življenja, v tem primeru ljubezni. Rezultati samoocene osamljenosti starejših, glede na sociodemografske lastnosti (starost, spol, izobraževanje, mesečni dohodek) in zdravstveno stanje, so pokazali večje razlike v obe skupini izpraševancev. Rezultati so pokazali, da izpraševanci, ki živijo v hišah imajo višjo raven samospoštovanja v primerjavi s tistimi, ki živijo v domovih, posebej v starostni skupini od 65 – 74 let. Glede na samooskrbo je ugotovljeno, da večja sposobnost fizične skrbi vpliva na zmanjšanje socialne osamljenosti, ter, da so izpraševanci v hišah ocenili večjo sposobnost samooskrbe v primerjavi s tistimi v domovih.

Kot je že omenjeno v uvodu, so dosedanje raziskave v RH večinoma usmerjene na oceno osamljenosti adolescentov, ter je zaradi negativnih demografskih trendov, po našem mnenju, bilo nujno raziskati pojav osamljenosti pri starejših. V dosedanjih raziskavah ni korelacije osamljenosti, samospoštovanja in samooskrbe, ter v tem smislu naša raziskava prispeva znanosti na področju socialne gerontologije, in omogoča praktično uporabo pri delu medicinskih sester, glede na pozročitvene dejavnike osamljenosti ter strategije samooskrbe. V prihodnosti bi radi raziskali osamljenost starejših tudi iz perspektive medicinskih sester, da bi dobili jasnejši vpogled v dejavnike, ki prispevajo (ne)prepoznavanju osamljenosti.

SADRŽAJ

1 UVOD	1
1.1 Predstavljanje istraživačkog problema	2
1.2 Svrha i ciljevi doktorske disertacije	3
1.4.1 Instrument	4
1.4.2 Uzorak	5
1.4.3 Postupak skupljanja i obrade podataka	5
1.4.4 Etički vidik	6
1.4.5 Ograničenja u istraživanju	7
1.4.6 Opis doprinosa disertacije znanosti	7
2 TEORIJE STARENJA	7
2.1 Biološke teorije starenja	10
2.1.1 Teorija programiranog starenja	10
2.1.2 Endokrina teorija starenja	11
2.1.3 Teorija pogreške	11
2.1.4 Teorija oštećenja DNK	12
2.1.5 Teorija nakupljanja otpadnih tvari	12
2.2 Psihološke i sociološke teorije starenja	13
2.2.1 Teorija psihosocijalnog razvoja	15
2.2.2 Konfliktna teorija starenja	16
2.2.3 Teorija povlačenja	17
2.2.4 Teorija aktivnosti	17
2.2.5 Teorija socioemocionalne selektivnosti	18
2.2.6 Teorija kontinuiteta	19
2.2.7 Teorija uloga	20
2.2.8 Teorija gerotranscendencije	20
2.2.9 Teorija modernizacije	21
2.3 Fiziološko starenje	22
2.3.1 Tjelesni izgled i pokretljivost	22
2.3.2 Promjene na vidnim i slušnim organima	23
2.3.3 Kardiovaskularni i respiratorni sustav	24
2.3.4 Probavni sustav	25
2.3.5 Genitourinarni sustav	26
2.3.6 Kognitivne promjene u starijoj životnoj dobi	27
2.3.7 Imunosni sustav u starijoj dobi	29
2.4 Teorije usamljenosti	30

2.4.1 Kognitivistički pristup usamljenosti.....	31
2.4.2 Egzistencijalni pristup usamljenosti.....	32
2.4.3 Interakcionistički pristup usamljenosti.....	33
2.4.4 Psihodinamski pristup usamljenosti.....	33
2.5 Tipovi usamljenosti.....	34
2.5.1 Socijalna i emocionalna usamljenost.....	35
2.6 Prediktori usamljenosti kod starijih osoba.....	37
2.6.1 Dob i usamljenost.....	37
2.6.2 Spol i usamljenost.....	38
2.6.3 Bračno stanje i usamljenost.....	39
2.6.4 Socioekonomski status i usamljenost.....	41
2.6.5 Društveni odnosi i usamljenost.....	43
2.6.6 Mjesto stanovanja i usamljenost.....	45
2.6.7 Samopoštovanje i usamljenost.....	46
2.6.8 Samozbrinjavanje i usamljenost.....	47
2.7 Moguće posljedice – ishodi usamljenosti.....	58
2.7.1 Negativni osjećaji.....	58
2.7.2 Negativna percepcija ljudi.....	60
2.7.3 Smanjena socijalna interakcija.....	60
2.7.4 Rizično ponašanje: konzumacija alkohola te pokušaj suicida.....	61
2.7.5 Veći mortalitet.....	63
2.8 Umirovljenje i socijalna podrška.....	63
2.8.1 Stereotipi i predrasude prema starijim osobama.....	68
2.9 Oblici skrbi za osobe starije životne dobi.....	70
2.9.1 Institucionalni oblik skrbi za osobe starije životne dobi.....	70
2.9.2 Izvaninstitucionalni oblici skrbi.....	83
3 ISTRAŽIVAČKI DIO.....	86
3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije.....	86
3.2 Istraživačka pitanja i hipoteze.....	86
3.3 Istraživačka metodologija.....	88
3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka.....	88
3.3.2 Opis uzorka.....	89
3.3.3 Opis instrumenta.....	90
Strukturirani upitnik osobnih podataka (Prilog A).....	90
3.3.4 Obrada podataka.....	93
3.4 Etički vidik.....	94

4 PRETPOSTAVKE I OGRANIČENJA PRI RJEŠAVANJU PROBLEMA.....	95
5 OCJENA DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA	96
6 REZULTATI.....	97
6.1 Karakteristike ispitanika	97
6.2 Deskriptivni pokazatelji prema mjernim instrumentima	103
6.3 Testiranje statističkim testovima za ispitanike smještene u domovima/institucijama i smještene u svojim kućama/domaćinstvima	131
6.4 Prikaz modela jednostavne linearne regresije između ukupne usamljenosti i skrbi samozbrinjavanja.....	162
7 RASPRAVA	166
7.1 Sociodemografske karakteristike ispitanika i usamljenost.....	166
7.2 Samopoštovanje i usamljenost	171
7.3 Samozbrinjavanje i usamljenost.....	173
7.4 Rasprava o ograničenjima provedenog istraživanja	176
7.5 Rasprava o preporukama za buduća istraživanja i prijedlog razvoja modela prevencije usamljenosti	177
8 ZAKLJUČAK	182
9 LITERATURA	184
PRILOZI	

1 UVOD

Porastom životnog vijeka briga i skrb za osobe starije životne dobi predstavljaju međunarodni izazov i javnozdravstveni imperativ (World Health Organization 2015), stoga je potrebno promicati zdravo, aktivno starenje i dobrobit starijih osoba (Walters i sur. 2017). Mnoge teorije su pokušavale objasniti zašto starimo, međutim ni jedna nije dala potpuno objašnjenje (Davidovic i sur. 2010), pa se često teorije međusobno isprepliću (Duraković 2007, 3). Također, mnoge su teorije koje pokušavaju objasniti promjene s kojima se susreću starije osobe tijekom umirovljenja. Tako Ebersole i suradnici (2005 u Lahe 2016, 14) navode kako „socijalno povlačenje kao prirodni proces starenja predstavlja uzajamnu korist, kako pojedinca tako i društva, jer se stariji dobrovoljno umirove i isključe iz postojećih društvenih uloga. Teorija kontinuiteta nalaže da je tranzicija u mirovinu lakša kada se ljudi više posvete ulogama koje su im bliske (npr. uloga bake, djeda, umirovljene učiteljice koja poučava unuke...) s obzirom na pretpostavku da starije osobe ne žele velike promjene u mirovini u odnosu na prethodno razdoblje“ (Đorđević 2013). Međutim, nemaju sve starije osobe mogućnosti usmjeriti svoje vrijeme i preostale sposobnosti na članove obitelji, pa se nerijetko osjećaju usamljenima.

Luo i sur. (2012) su utvrdili da usamljenost predstavlja rizični faktor za morbiditet i mortalitet te predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Starenjem se starije osobe suočavaju s progresijom bolesti, porastom invalidnosti, smanjenim sposobnostima za kontrolu svoje okoline te padom u funkcionalnim sposobnostima (Heckhausen i sur. 2013), stoga ne čudi da je usamljenost česta pojava u starijoj životnoj dobi. Usamljenost se može definirati kao stanje prisutnosti negativnih osjećaja povezanih s percipiranom socijalnom izolacijom te se navodi kao jedan od najizraženijih problema starenja (Vuletić i Stapić 2013, 46). Usamljenost se u starijoj životnoj dobi javlja češće nego u drugim životnim fazama, a razlozi leže u tome što se broj starijih osoba s kojima je pojedinac bio u vezi naglo smanjuje s porastom dobi, a mijenja se i intenzitet emocionalnih odnosa (Brajković 2010, 16). Smrt supružnika, braće, prijatelja, bolest, smanjenje prihoda te veća zavisnost u samozbrinjavanju čine rizike za doživljaj usamljenosti. Istraživanje koje su proveli Holt-Lunstad i sur. (2010, 9) pokazalo je da je usamljenost izravno povezana s mortalitetom, vjerojatno zato jer usamljenije osobe boluju više od kroničnih bolesti (Thurston i Kubzansky 2009). Naime, starije osobe, osim što se moraju nositi i prilagoditi gubicima

prijatelja, supružnika, radnih uloga, moraju se prilagoditi i fiziološkim promjenama u starosti koje se javljaju na organima i organskim sustavima, poput promjena na lokomotornom sustavu, kardiovaskularnom, respiratornom i genitourinarnom sustavu, promjena na osjetilima i slično. Navedene promjene mogu utjecati na smanjenu funkcionalnu sposobnost starijih osoba, a samim time i na povlačenje i izbjegavanje različitih društvenih aktivnosti.

Ovaj istraživački rad ispituje socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine ispitanika starije životne dobi, ispitanika koji su institucionalizirani u domove za starije osobe i ispitanika koji žive u svojim kućama. U nastavku ćemo predstaviti istraživački problem temeljen na teorijskim ishodištima te značaj istraživačkog problema u radu medicinskih sestara. U zadnjem dijelu ovoga poglavlja objasniti ćemo metodologiju provedenog istraživanja te ukratko objasniti od kojih je tematskih cjelina koncipiran ovaj rad.

1.1 Predstavljanje istraživačkog problema

Kako bismo lakše shvatili odabir problema, rastumačiti ćemo značajne statističke podatke vezane uz starenje stanovništva u svijetu te u Republici Hrvatskoj (u daljnjem tekstu RH).

Udio starijih osoba u svijetu, u dobi od 60 i više godina, predviđa veliki porast; sa 11% u 2007. godini na 22% do 2050. godine (United Nations World Population Ageing 2007, 26; Kinsella i He 2009, 2). Očekuje se da će broj starijih osoba iznad 80 godina dramatično povećati s ukupno 125 milijuna u 2015. godini na 434 milijuna u 2050. godini (Weinberger 2018). Podaci za RH također idu u prilog starenju stanovništva. Koeficijent starosti u RH u 2011. godini iznosio je 24,1, međutim 1953. iznosio je 10,3, a 1971. iznosio je 15 što govori da je u RH proces starenja stanovništva počeo 60-ih godina 20. stoljeća (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016., 5).¹ Tako je prosječna dob stanovnika RH 2011. godine iznosila 41,7 godina i prema podacima (za 2011.) RH nalazi se u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starih (65 i više godina) u ukupnom stanovništvu (Bara i Podgorelec 2015, 58-59). Iz navedenih podataka evidentno je da RH spada u zemlje s najstarijom populacijom.

¹ Koeficijent starosti je podatak koji govori o postotnom udjelu osoba starijih od 60 i više godina u ukupnom stanovništvu. Osnovni je pokazatelj razine starenja, a kad prijeđe vrijednost 12 % smatra se da je stanovništvo određenog područja zašlo u proces starenja (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016., 5).

Dosadašnja svjetska literatura potvrdila je kako usamljenost izrazito nepovoljno utječe na zdravstveno funkcioniranje starijih osoba, međutim u RH nema dovoljno istraživanja te tematike. Većina dosadašnjih istraživanja u RH prvenstveno su usmjerena na procjenu usamljenosti kod adolescenata, a s obzirom na negativne demografske trendove, smatrali smo nužnim istraživanje usamljenosti provesti na starijim osobama. Također, relativno je malo istraživanja o prediktorima usamljenosti s obzirom na socijalnu i emocionalnu dimenziju usamljenosti (Dahlberg i McKee 2014), a osim toga, dosadašnja istraživanja nisu korelirala usamljenost, samopoštovanje i samozbrinjavanje, stoga smatramo da ćemo ovim istraživanjem doprinijeti znanosti u području socijalne gerontologije, ali i omogućiti praktičnu primjenu ovog istraživanja u radu medicinskih sestara s obzirom na prediktivne čimbenike usamljenosti, ali i na strategije samozbrinjavanja koje smo koristili u istraživanju.

1.2 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Svrha:

Svrha ovog istraživanja je istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine starijih osoba, osoba smještenih u institucijama/domovima i starijih osoba koje su u svojim kućama/domaćinstvima te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa samopoštovanjem, samozbrinjavanjem i sociodemografskim varijablama ispitanika.

Ciljevi:

- 1: Utvrditi razlike u doživljaju socijalne i emocionalne usamljenosti starijih osoba s obzirom na njihova sociodemografska obilježja (u institucijama i izvan institucija).
- 2: Utvrditi postoje li razlike u doživljaju socijalne i emocionalne usamljenosti starijih osoba s obzirom na njihove funkcionalne sposobnosti (sposobnost samozbrinjavanja i zdravstvenog stanja) u institucijama i izvan institucija.
- 3: Utvrditi povezanost socijalne i emocionalne usamljenosti starijih osoba s obzirom na njihovo samopoštovanje u institucijama i izvan institucija.
- 4: Temeljem dobivenih rezultata razviti model prevencije socijalne i emocionalne usamljenosti kod starijih osoba.

5: Prijedlog implementacije modela prevencije socijalne i emocionalne usamljenosti starijih osoba u zdravstveni i socijalni sustav.

6: Prijedlog implementacije sadržaja iz socijalne gerontologije, s naglaskom na usamljenost osoba starije životne dobi, u formalno obrazovanje medicinskih sestara.

1.3 Istraživačka pitanja i hipoteze

U istraživanju će se nastojati odgovoriti na sljedeća istraživačka pitanja (IP):

IP1: Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti s obzirom na institucionalizirane starije osobe i starije osobe koje žive u svojim kućama?

IP2: Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti s obzirom na sociodemografske karakteristike starijih osoba?

IP3: Utječe li smanjeno samopoštovanje i smanjena sposobnost samozbrinjavanja na pojavnost usamljenosti kod starijih osoba?

Prije istraživanja postavili smo četiri radne hipoteze s podhipotezama:

Hipoteza 1: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovom mjestu stanovanja (institucija ili vlastito domaćinstvo, grad ili selo).

Hipoteza 2: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovim sociodemografskim karakteristikama (dob, spol, stupanj obrazovanja, mjesečni dohodak).

Hipoteza 3: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovoj razini samopoštovanja.

Hipoteza 4: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovoj sposobnosti samozbrinjavanja

1.4 Metode istraživanja

1.4.1 Instrument

Kao instrument istraživanja korišteni su standardizirani upitnici: Rosenbergova skala samopoštovanja, Skala emocionalne i socijalne usamljenosti te Skala samozbrinjavanja. Osim standardiziranih upitnika, u prvom dijelu ankete korišteni su i opći sociodemografski podaci ispitanika. Rosenbergova skala samopoštovanja je skala koja sadrži 10 čestica na koje se odgovara na skali Likertovog tipa s 5 stupnjeva od 1 do 5. Na uzorku ovog istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha koji iznosi 0,860 što ukazuje na visoku pouzdanost. Skala socijalne i emocionalne usamljenosti koju smo koristili u ovome

radu sastoji se od tri subskale kojima se zasebno ispituju usamljenost u domenama prijateljskih odnosa (subskala socijalne usamljenosti, 13 čestica), odnosa s obitelji (subskala usamljenosti u obitelji, 11 čestica) i ljubavnih veza (subskala usamljenosti u ljubavi, 12 čestica). Na uzorku ovog istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha. Tako za socijalnu usamljenost iznosi 0,945, za usamljenost u ljubavi 0,861, a za usamljenost u obitelji iznosi 0,914. U ovo istraživanje je uključena i komponenta samozbrinjavanja prema Nortonovoj skali (Self-Care Assessment Worksheet 1996). Skala se sveukupno sastoji od 6 čestica koje sadrže tvrdnje vezane uz fizičku skrb, psihološku skrb, emocionalnu skrb, duhovnu skrb, profesionalnu (radnu) skrb te ravnotežu između samozbrinjavanja i profesionalne skrbi. Na uzorku ovog istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha za svaku subskalu samozbrinjavanja (Tablica 4). Tako za fizičku skrb iznosi 0,710, psihološku skrb 0,717, emocionalnu skrb 0,696 te za duhovnu skrb (skraćenu subskalu) iznosi 0,745.

1.4.2 Uzorak

Za prvu skupinu izabran je slučajni uzorak od 178 ispitanika. Druga skupina sastojala se od 201 ispitanika koji su institucionalizirani u domove za starije i nemoćne. Domovi koji su bili uključeni u istraživanje su: Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Dom za starije i nemoćne osobe Varaždin, Dom za starije i nemoćne osobe „Novinščak“ Čakovec, Dom za starije i nemoćne osobe „Sv. Ana“, Dom za starije i nemoćne osobe „Novi Život“ te Dom za starije i nemoćne osobe „Matija“. U istraživanje nisu bili uključeni ispitanici s težim psihofizičkim oboljenjima (poput demencija, shizofrenije, PTSP-a, uznapredovali stadiji malignih oboljenja, CVI sa posljedicom afazije, potpune nepokretnosti i slično), odnosno, u istraživanju su mogli sudjelovati samo oni ispitanici koji su sposobni sami se brinuti za sebe tijekom obavljanja svakodnevnih zadataka (hranjenje, hodanje, presvlačenje, kupanje).

1.4.3 Postupak skupljanja i obrade podataka

Istraživanje se provodilo u periodu od početka mjeseca siječnja do kraja mjeseca travnja 2017. godine. Ispitanicima je objašnjeno da anketiranje u prosjeku traje oko 30 minuta te da u svakom trenutku mogu odustati od njega ako za tim osjete potrebu. Istraživanje provedeno na ispitanicima koji žive u svojim kućama na selu, provedeno je tako da se od

Udruga umirovljenika zatražio popis umirovljenika koji bi mogli zadovoljiti uvjete za sudjelovanje u istraživanju, a u gradu se ispitivanje provodilo u sklopu savjetovališta (u mjesnim odborima). Odabrane ispitanike posjetili su ispitivači u njihovim kućama i mjesnim odborima te im je nakon upoznavanja sa svrhom istraživanja ponuđen anketni upitnik ako su izrazili želju da sudjeluju u istraživanju. Za ispitanike koji su institucionalizirani u domovima za starije, ispitivač je od socijalnih radnika i radnih terapeuta dobio popis potencijalnih ispitanika koji zadovoljavaju kriterije za uključivanje u istraživanje. Budući da se već kod prvih sudionika (obiju skupina) pokazalo da imaju poteškoća prilikom samostalnog popunjavanja upitnika nakon dane upute (teško im je pisati u upitnik, slabo vide, zamaraju se i slično), kako ne bi bilo razlike u dobivanju informacija od ispitanika do ispitanika, čitavo istraživanje je provedeno usmenim putem, odnosno ispitivač je čitao pitanja i bilježio odgovore. Onim ispitanicima koji su iskazali želju da sami ispune upitnik ispitivač je to i omogućio.

Prilikom statističke obrade podataka koristila se metoda deskriptivnog prikaza podataka te metode inferencijalne statistike. Izračunali smo pripadajuće brojčane pokazatelje koji prikazuju ukupne vrijednosti svake promatrane varijable te ih prikazali putem aritmetičke sredine, a pripadajuće frekvencije su prikazane putem apsolutnih vrijednosti pojedine skale i postotnog udjela. Kako bi se uočila povezanost između promatranih varijabli i kategorija, izračunat je Spearmanov koeficijent korelacije na zatvorenoj skali $-1 < r < 1$ kako bismo provjerili imaju li promatrane kategorije pozitivan ili negativan stupanj korelacije. Signifikantnost svih testova, prilikom testiranja, postavljena je na 5 %, što predstavlja razinu pouzdanosti od 95% te smo na osnovu dobivenih signifikantnosti odlučili o prihvaćanju ili odbacivanju postavljenih hipoteza.

U svrhu statističke analize upotrijebili smo statistički program SPSS (inačica 21.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

1.4.4 Etički vidik

Etika u istraživanju odnosi se na primjenu etičkih načela i prikladnost ponašanja u pripremi i provedbi istraživanja te analizi i interpretaciji rezultata (Tkalac Verčič i sur. 2010, 5).

Plan za provedbu ove studije pregledan je i prihvaćen od strane „Komisije za raziskovalno delo“ Alme Mater Europaeae u Mariboru, u ožujku 2017. godine.

Za provedbu istraživanja, kod starijih osoba koji žive u svojim kućama, dobivena je usmena suglasnost svakog ispitanika ponaosob, a za provedbu istraživanja kod

institucionaliziranih starijih osoba dobivene su suglasnosti Upravnih odbora sljedećih domova za starije: Caritasova doma „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Doma za starije i nemoćne osobe Varaždin, Doma za starije i nemoćne osobe „Novinščak“ Čakovec, Doma za starije i nemoćne osobe „Sv. Ana“, Doma za starije i nemoćne osobe „Novi Život“ te Doma za starije i nemoćne osobe „Matija“.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je potpuno anonimno i dobrovoljno. Ispitivač je objasnio ispitanicima da se rezultati ne analiziraju ponaosob, već skupno te da su upitnici potpuno anonimni bez imena i prezimena ili nekih drugih identifikacijskih podataka. Ispitanici su bili upoznati s pravom da mogu u bilo kojem trenutku odustati od istraživanja ako za to izraze potrebu i želju.

1.4.5 Ograničenja u istraživanju

Prvi i prema našem mišljenju najznančajniji ograničavajući čimbenik jest da se ispitanici koji su u kućama i u domu umirovljenika već razlikuju u samom uzorku a tako i u populaciji s obzirom na dob, spol, obrazovanje, zdravstveno stanje. Također kod ispitanika koji žive u domu umirovljenika ne možemo potvrditi da je niža razina samopoštovanja ili samozbrinjavanja posljedica njihove institucionalizacije već su oni i prije institucionalizacije mogli imati takve rezultate koji su i prevagnuli za odlazak u dom.

Također, ograničenje pri rješavanju problema predstavljao je sam proces anketiranja s obzirom da su ispitanici osobe starije životne dobi kojima je ispunjavanje upitnika predstavljalo veliko opterećenje zbog brzog umaranja, lošeg vida i slično. Uzevši taj problem u obzir, anketiranje je provedeno usmenim putem, odnosno ispitivač je čitao pitanja i bilježio odgovore. Upravo zbog navedenog moglo bi se dogoditi da su ispitanici davali socijalno poželjne odgovore. Nedostatak bi mogao predstavljati i relativno mali uzorak da bi rezultate generalizirali na cjelokupnu populaciju starijih osoba.

1.4.6 Opis doprinosa disertacije znanosti

Provedeno istraživanje predstavlja doprinos znanosti socijalne gerontologije te u praktičnom radu medicinske sestre jer će rezultati istraživanja omogućiti bolje razumijevanje faktora koji dovode do usamljenosti starijih osoba u instituciji i izvaninstitucijski. Nadalje, rezultati će dati uvid u strategije samozbrinjavanja, koje se koriste u istraživanju, te će na taj način omogućiti medicinskim sestrama lakše oblikovanje

sestrinskih dijagnoza s pripadajućim intervencijama.

U sestrinskim teorijama usamljenost je prepoznata kao sestrinski problem, međutim procjena usamljenosti kod starijih osoba se u praksi ne prakticira kao rutinska procedura. Ovim istraživanjem procjena usamljenosti starijih osoba pokušat će se implementirati prvenstveno u socijalne ustanove kao što su domovi za starije osobe.

U skrbi za osobe starije životne dobi, bilo u instituciji ili izvaninstitucijski, medicinske sestre su uz socijalne gerontologe, liječnike i ostale članove multidisciplinarnog tima neizostavne.² Svakako, u skrbi za starije neizostavna je suradnja zdravstvenog i socijalnog sustava, međutim Havelka i sur. (2000, 21) su još prije 17 godina konstatirali kako u RH postoji potpuna zakonska i provedbena odvojenost zdravstvenoga i socijalnog sustava skrbi te na taj način otežavaju provođenje i koordinaciju stručnih djelatnika iz ovih sustava u provođenju cjelovite skrbi za starije.

Od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika u RH medicinske sestre čine gotovo polovinu (46%), a u skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme, koja ima 35 705 zaposlenih, medicinske sestre čine 71%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari (Hudorović 2014, 85). Stoga, medicinske sestre kao najzastupljeniji profil zdravstvenih djelatnika, »osim što brinu i skrbe za bolesne, također skrbe i za zdrave pojedince« (Kalauz 2011, 25), zauzimaju ključnu ulogu u skrbi za starije u institucijama i u njihovim vlastitim domovima. Usamljenost se smatra dijelom znanja u sestrinskim teorijama, pri čemu se jedna od prvih teoretičarki sestrinstva Hildegard Peplau usredotočila na psihološku komponentu usamljenosti te je utemeljila svoju definiciju usamljenosti prema Maslowljevoj teoriji ljudskih potreba (Theeke 2007, 3). Hildegard Peplau (1955) za usamljenost je rekla sljedeće: „Prava usamljenost je toliko bolna da ju bolesnik mora sakriti, maskirati i braniti se od nje, a njegove obrane su ono čime se medicinska sestra mora baviti dok mu pomaže da nauči produktivno živjeti s ljudima.“ Smatrala je da poznavanjem individualnih potreba svake osobe/pacijenta, medicinska sestra pomaže u uspostavljanju brige o interakcijama koje su neophodne za odnos medicinska sestra - pacijent te je vjerovala da su mentalni poremećaji često posljedica neadekvatne komunikacije, a medicinske sestre su ključ za poticanje terapijske okoline (Penckofer i sur. 2011). U osamdesetim godinama 20. stoljeća usamljenost je bila povezana s fizičkim simptomima i lošim subjektivnim zdravljem starijih osoba, pa je takav model uvršten u

² Pod pojmom medicinske sestre podrazumijevamo i medicinske tehničare.

sestrinsku literaturu upućivao na to da je usamljenost najsnažniji rizični faktor za narušeno zdravstveno funkcioniranje (Theeke 2007, 3). Devedesetih godina medicinskim sestrama predloženo je da u svome radu istražuju utjecaj usamljenosti na zdravlje starijih osoba, no većina je istraživanja bila opisne naravi, bez predstavljanja novih sestrinskih modela ili intervencija za skrb usamljenih starijih osoba (Theeke 2007, 3). Recentnija istraživanja o novim sestrinskim modelima na području usamljenosti kod starijih osoba nismo pronašli.

2 TEORIJE STARENJA

Produljenje životnog vijeka, porast broja starijih ljudi i interes da se dobivene godine života provedu u što boljem zdravlju i što duže (materijalno ali i tjelesno), neovisno (o drugim članovima obitelji, institucijama i slično) rezultirali su povećanjem interesa za starenje kako pojedinca tako i društva na svim razinama: od opće javnosti, znanstvenika do kreatora politika (Bara i Podgorelec 2015, 59).

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da često ne primjećujemo razliku, su starost i starenje (Lovreković i Leutar 2010, 55). Poistovjećivanje starosti, starenja i kronološke dobi pojedinca nije precizan pokazatelj jer je starenje individualan proces definiran biološkim, psihološkim i društvenim čimbenicima (Bara i Podgorelec 2015, 59-60). Tako možemo reći da je starost jedno određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok starenje označava fiziološke promjene koje se prirodno i neprekidno odvijaju u svih živih bića (Tomek-Roksandić i sur. 2012, 34). U svom poznatom psihološkom rječniku, izdanom 1978. godine, Popescu-Neveanu (u Strunga 2012, 34) opisuje „starost kao terminalnu dobnu fazu u evoluciji nekog organizma“, a sa stajališta tijela navodi kako je „starenje distrofično stanje često zakomplicirano kroničnim bolestima“.

Ramovš (2003, 29) starost definira kao „događaj koji se odvija kroz cijeli život“, a „usprkos značajnom napretku produljenja prosječnog ljudskoga vijeka, proces starenja je i dalje u velikoj mjeri neizbježan“ (Sergiev i sur. 2015, 9). Nadalje, Handler (1960 u Galić i Tomasović Mrčela 2013, 3) navodi da je „starenje propadanje zrelog organizma kao posljedica promjena, vremenski ovisnih i uglavnom nepovratnih, koje su prirodne svim članovima neke vrste, tako da s prolaskom vremena oni mogu postajati sve nesposobniji suočiti se s okolinskim stresom i tako povećavaju vjerojatnost smrti“.³ Kada govorimo o starosti i starenju, svakako treba odrediti dobnu granicu koja definira stariju životnu dob. Ljudi stariji od 65 godina mogu se podijeliti u tri skupine (Whitbourne 2008, 8; Vertot 2010, 9): „mlađe starije osobe (65 - 74 godine), starije osobe (75 - 84 godine) i vrlo stare ili najstarije osobe (oni stariji iznad 85 ili više godina)“.⁴ „Ljude počinjemo smatrati starijima

³ Ova definicija je prihvatljiva ako se na starenje gleda iz biološke perspektive, no ona ne zahvaća psihološke promjene.

⁴ „Dva su temeljna pristupa u definiranju osoba „treće“ i „četvrte“ životne dobi. Prvi proizlazi iz biomedicinskih i demografskih tradicija, a referira se na njih u smislu dobnih skupina i pripadajućih im šansi za doživljenje određene dobi. Drugi dolazi iz sociološke tradicije s obzirom na životni ciklus u smislu

kada se u njihovom djelovanju dogode određene promjene koje promijene njihove društvene uloge i kada dosegnu određeni broj godina ili prelaskom dobne granice“ (Vertot 2010, 8). Tako Schaie i Willis (1996, 78) navode kako „usporedba nekoga kome je 95 godina sa nekim kome je 65 godina slični uspoređivanju ljudi koji se međusobno razlikuju za 30 godina starosti u drugim točkama životnog vijeka: petogodišnjaka s tridesetpetogodišnjakom ili dvadesetogodišnjaka s pedesetogodišnjakom“. Hekimi (2006) naglašava da se porastom dobi i starenjem povećava i učestalost pojavljivanja složenijih bolesti, pri čemu se postavlja pitanje je li starenje uzrok ili posljedica takvih bolesti. Stoga se danas sve češće govori o zdravom aktivnom starenju koje je postalo ključni čimbenik u očuvanju zdravlja i promociji blagostanja za osobe starije životne dobi (Manasatchakun i sur. 2016) te drži istaknuto mjesto u istraživanjima iz područja socijalne gerontologije (Alley i sur. 2010, 583). Koncept zdravog starenja je usvojen u različitim područjima istraživanja i proveden iz različitih perspektiva (Hansen-Kyle 2005; Clarke i Nieuwenhuijsen 2009; Franco i sur. 2009; Samarakoon i sur. 2011; Thiamwong i sur. 2013; Sheffler 2011; Javadi-Pashaki i sur. 2015; McLaughlin i sur. 2012; Pruchno i sur. 2010). „Pojam starenja najčešće izaziva dvije negativne konotacije: propadanje i starost odnosno kronološka dob. Kako bi se izbjegle negativne konotacije bilo bi bolje starenje povezati s pojmom razvoja ili promjene“ (Brajković 2010).

Uspješno starenje je višedimenzionalan i relativan pojam koji ovisi o kulturnom kontekstu, vrijednostima i normama vezanima uz kulturu i društvo u kojemu pojedinac živi (Wakasaki i sur. 2006, 146; Willcox i sur. 2007, 138) te nadograđuje ranija postignuta iskustva (Vertot 2010, 9). Svakako, nužno je izbjegavati „poistovjećivanje starenja i kronološke dobi jer je teško dokučiti u kojoj dobi počinje starenje. Kao što postoje velike razlike među pojedincima u procesu starenja, tako i postoje velike razlike unutar svakog pojedinca. Na fiziološkoj razini ne stare svi organski sustavi u isto vrijeme niti istim slijedom niti istom brzinom. Na psihološkoj i na socijalnoj razini uočavaju se još veće razlike. Kronološka dob dobar je pokazatelj samo onda ako su intraindividualne promjene dovoljno homogene da pokažu visoku korelaciju između kronološke dobi i promjene koju istražujemo“ (Brajković 2010). Da bi se prakticiralo zdravo starenje, potrebno je razumjeti

pojedinih segmenata ili etapa, a oslanja se na definiranje funkcija i uloga. Neke konceptualizacije u razlikovanju etapa života oslanjaju se na oba pristupa s obzirom na kronološku terminologiju „mladi-stari“ (young-old), „stari-stari“ (old-old) i „najstariji-stari“ (oldest-old).“ (Neugarten 1996 u Bara i Podgorelec 2015, 60).

i određene vremenske okolnosti u kojima su ljudi odrastali.⁵

Tako sociološke analize ocjenjuju značaj rođenja u određenom vremenskom razdoblju. Lancaster i Stillman (2003, 3-9) starosne skupine dijele na: „generaciju veterana (rođeni od 1900. – 1943.), baby-boom generaciju (1944. – 1960.), generaciju X (rođeni od 1960. – 1980.), generaciju Y (rođeni od 1981. – 1994.), generaciju Z (rođeni od 1994. – 2004.)“.

„Generaciju veterana obilježilo je ratno razdoblje i neimaština, teški rad, poštivanje reda, pravila i autoriteta. Danas su oni umirovljenici. Baby-boom generacija je takozvana poslijeratna generacija koja je odrastala u srazmjernoj ekonomskoj stabilnosti i nije se osjećala podijeljena između posla i obitelji” (Lancaster i Stillman 2003, 3-9). Kvaliteta života baby-boom generacije ovisi o tri čimbenika: odgovarajućem dohotku (Hudson 2010), kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi (Powel 2013 u Delgado 2016, 3) i prikladnom smještaju“ (Cook i Hatsall 2012 u Delgado 2016, 3). „Generacija X je takozvana izgubljena generacija, odrastala u periodu ekonomskih nesigurnosti, gospodarske recesije, nezaposlenosti i visokog stupnja inflacije. Prevladavajuće značajke navedene generacije su svakako: samostalnost, pravednost, prilagodljivost, poštivanje autoriteta te uspostavljanje ravnoteže između obitelji i poslovnog života” (Lancaster i Stillman 2003, 3-9). “Generacija Y, zbog odrastanja za vrijeme široke dostupnosti informacijske tehnologije, naziva se još i-generacija ili net-generacija. Upravo zbog razvijene tehnologije sposobnosti, verbalne komunikacije su prilično slabe jer uglavnom komuniciraju virtualno “ (Lancaster i Stillman 2003, 3-9).

Navedena sociološka podjela daje nam uvid u specifičnosti pojedinih dobnih skupina s obzirom na vrijeme u kojem su odrastali.

U društvenim teorijama, od ekonomije i demografije pa do sociologije i socijalne medicine, bilo je nekih teorijskih ideja koje su utjecale na razumijevanje socijalne gerontologije u posljednjim desetljećima dvadesetog stoljeća, npr. funkcionalizam, marksizam, feminizam i postmodernizam (Peračković i Pokos 2014, 93). Kod čovjeka je starenje proces psiholoških, bioloških i socioloških promjena pojedinca, te utječe na njegovu osobnost i značaj u društvu (Vertot 2010, 9), stoga teorije starenja možemo podijeliti na psihološke, biološke i socijalne koje su „blisko povezane, ali nisu nužno podudarne“ (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 3).

„Psihološke teorije se usmjeravaju na pojedinca, posebice na njegov intrinzični razvoj koji

⁵ Više o zdravom i aktivnom starenju bit će objašnjeno u poglavlju 2.9 Socijalna podrška i socijalna interakcija u starijoj životnoj dobi.

se mijenja tijekom starenja (kognitivno-senzorne sposobnosti, percipiranje). Zalažu se za ideju da je čovjek star onoliko koliko se starim osjeća te odbacuju ideju da se nakon određene dobi čovjek smatra starim“ (Lahe 2016, 11). „Biološke teorije se bave pitanjem zašto se fizičke sposobnosti tijekom starenja mijenjaju. Starenje poistovjećuju s propadanjem određenih fizioloških funkcija koje su posljedica bolesti, ozljeda te loših životnih uvjeta. Sociološke teorije zagovaraju ideju da promjenu osobnosti u procesu starenja razumijemo na temelju promatranja čovjekovog odnosa sa društvenom okolinom“ (Lahe 2016, 11). U nastavku ćemo izdvojiti nekoliko značajnih bioloških, psiholoških i socioloških teorija.

2.1 Biološke teorije starenja

Definiranje biološke osnove starenja i kontrole životnog vijeka jedan je od najvećih izazova u biologiji (Vijig i Campisi 2008). Proučavanje dugovječnosti i zdravog starenja naziva se „pozitivna biologija“ (Farrelly 2012, 186). Mnoge teorije su pokušavale objasniti zašto starimo, međutim nijedna nije dala potpuno objašnjenje (Davidovic i sur. 2010). Najčešća objašnjenja uključuju genetske, metaboličke, autoimune i endokrine faktore (Kennedy 2000, 3).

Pretpostavka je da su neke obitelji dugovječnije zbog gena koji promiču zdravo starenje i štite od bolesti (Beekman i sur. 2013, 184). Međutim, neke vrste stare naglo što nedvojbeno ukazuje na programirano starenje (Sergiev i sur. 2015, 9).

2.1.1 Teorija programiranog starenja

„Teorija programiranog starenja u prvi plan stavlja genetski programirano starenje i govori o tome da postoje specifični geni koji dovode do naglih promjena u stanicama što rezultira starenjem. Osim toga, navedena teorija govori da je genetski program podložan drugom stavku termodinamike prema kojem zatvoreni sustav teži zadržavanju ravnoteže ili maksimalne entropije ako se ništa više ne događa. Vrlo dobro organizirani genetski program s porastom entropije postaje neorganiziran i rezultat toga je starenje. Ova teorija je dosta jednostavna, ali ima dosta protivnika. Neki smatraju da treba voditi računa o prirodnoj selekciji kao razlogu dugog života kod sisavaca, a drugi smatraju da, osim dobrog liječnika, za dugi život treba imati pretke koji su dugo živjeli“ (Duraković 2007, 3). Teorija programiranog starenja ima tri podteorije: endokrinu teoriju, imunološku teoriju i

teoriju dugovječnosti (Davidovic i sur. 2010).

2.1.2 Endokrina teorija starenja

Endokrina teorija govori da biološki sat djeluje kroz hormone te na taj način određuje tempo starenja poput IGF-1 (engl. *insulin-like growth factor*) (Van Heemst 2010; Suh i sur. 2008; Bonkowski i sur. 2006).

Imunološka teorija starenje objašnjava na način da je imunološki sustav programiran da tijekom vremena opada i slabi što dovodi do povećane osjetljivosti na zarazne bolesti, starenja i smrtnosti s obzirom da učinkovitost imunološkog sustava do puberteta raste, a nakon toga postupno s dobi opada (Cornelius 1972 u Davidovic i sur. 2010). Tako Rozemuller i sur. (2005, 223) navode kako je deregulirani imunološki odgovor povezan s kardiovaskularnim oboljenjima, raznim upalama, Alzheimerovom bolesti i rakom.

2.1.3 Teorija pogreške

„Teorija pogreške u prvi plan stavlja DNK i RNK kao genetski obavijesni informacijski sustav stanica. Obavijest, koja se stvara u tim molekulama i koja se prenosi u enzime i sintezu proteina, podložna je pogrešci. Takva pogreška može rezultirati nakupljanjem molekula koje nisu u stanju pravilno djelovati na mijenu tvari u stanicama. Iz te teorije proizlazi da je tjelesni vijek organizma u obrnutom razmjeru sa stopom mijene tvari“ (Duraković 2007, 3). U teoriju pogreške spada nekoliko podteorija, a mi ćemo spomenuti one najznačajnije kao što su teorija slobodnih radikala, teorija oštećenja DNK, teorija unakrižne povezanosti i teorija nakupljanja otpadnih tvari. Teorija tumači starost i starenje na način da superoksidi i drugi slobodni radikali dovode do oštećenja komponenti makromolekula stanice (Afanas 2010, 76; Atzmon i sur. 2006). Da bismo jasnije shvatili ovu teoriju, potrebno je pojasniti značenje i ulogu radikala. „Slobodni radikali su molekule ili atomi koji sadržavaju jedan neparni elektron koji ima tendenciju stvaranja parnog elektrona. Stvaraju se u tijelu u normalnim uvjetima tijekom metaboličkih reakcija, kao što su, npr. kemijske reakcije koje uključuju enzimске lance. Iako su uključeni u normalne procese mijene tvari, slobodni radikali ne prodiru u stanice, ali oni slobodni radikali koji prodru u stanice, mogu štetno djelovati na njih. Oni se stvaraju iz tvari unesenih hranom ili iz atmosfere stvoreni pomoću ultraljubičastih zraka“ (Duraković 2007, 4). Prirodni antioksidansi pomažu da se smanji opasno nagomilavanje slobodnih radikala (Jin 2010,

73).

2.1.4 Teorija oštećenja DNK

Teorija oštećenja DNK govori da se s porastom dobi pojavljuju i akumuliraju genetske mutacije, te na taj način uzrokuju propadanje i oštećenje stanica, stoga je starenje rezultat oštećenja genetskog integriteta tjelesne stanice (Jin 2010, 73). Nadalje, teorija unakrižne povezanosti je „utemeljena na promjenama molekula, uključujući one koje prenose obavijesti: DNK i RNK. Temelj navedene teorije leži u činjenici stvaranja kovalentnih veza između dviju ili više makromolekula, pri čemu se DNK s vremenom oštećuje što rezultira mutacijama i definitivnim propadanjem stanice. Navedena teorija ima dosta zagovornika, no ono što ne govori u prilog teoriji jest činjenica da mnoge vitalne molekule mogu biti križno povezane, no podložne su mijeni. Uz to, stanice koje se obnavljaju ipak mogu ostarjeti“ (Duraković 2007, 4; Jin 2010, 73).

2.1.5 Teorija nakupljanja otpadnih tvari

Još jedna značajna teorija koja pokušava objasniti proces starenja jest teorija nakupljanja otpadnih tvari (nusprodukata) koje se ne mogu u potpunosti ukloniti iz organizma, stoga su odgovorne za stanično starenje (Gladyshev 2012, 925; Gladyshev 2013, 506; Magalhães 2012). Stručnjaci navode da starenje proizlazi iz višestrukih oblika molekularnih oštećenja, koja se nakupljaju s godinama, te na taj način dovode do funkcionalnog i fiziološkog pada što se karakterizira starenjem (Hayflick 2007; Partridge 2010, 147; Holliday 2006, 2; Kirkwood i Melov 2011). „Nusprodukti nastaju zahvaljujući složenosti biokemijske mreže, a čest nusprodukt staničnog metabolizma čini lipofuscin (Sergiev i sur. 2015, 9).⁶ „To nakupljanje lipofuscina proporcijalno je s dobi. Miokardno nakupljanje lipofuscina zbiva se u stopi od 0,3% po desetljeću, a odnosi se na ukupni volumen srca tako da u devedesetogodišnjaka doseže količinu od čak 7% unutarstaničnog volumena. Postoje pokazatelji koji upućuju na to da se količina lipofuscina povećava usporedno s nedostatkom vitamina E u prehrani, no ne i obratno. Naime, dodavanjem vitamina E u prehrani ne može se spriječiti nakupljanje lipofuscina, kao što se dodatkom vitamina E ne

⁶ „Lipofuscin je žutozeleni pigment za koji neki smatraju da je nastao degeneracijom mitohondrija ili je produkt lizosoma. Lipofuscin se nalazi u stanicama i ometa im funkciju. Neki ga smatraju produktom autooksidativne reakcije.“ (Duraković 2007, 4).

produžuje život“ (Duraković 2007, 4-5).

Osim prethodno navedenih teorija, svakako treba istaknuti povezanost telomera sa starenjem.⁷ Telomere su kratki ponavljajući sljedovi nukleotida na krajevima kromosoma (De Lange 2005). S obzirom na njihovu značajnu ulogu u održavanju zdravlja kromosoma, disfunkcija telomera može imati štetne posljedice (O'Sullivan i Karlseder 2010, 171; Edwards i Loprinzi 2017, 22). „Istraživanja su pokazala da se telomere kromosoma skraćuju nakon svake diobe stanica, pri čemu taj proces započinje još od embrijskog razvitka te su telomere kromosoma ljudi prilikom poroda dvostruko kraće od telomera kromosoma jajne stanice prije oplodnje“ (Duraković 2007, 10). Jiang i sur. (2008) navode kako „disfunkcija telomera ograničava proliferativni kapacitet ljudskih stanica kao odgovor na oštećenje DNK, inducira starenje ili apoptozu, a kod ljudi se skraćivanje telomera pojavljuje u većini tkiva tijekom starenja, pri čemu se skraćivanje ubrzava kod kroničnih bolesti“. Tako novija istraživanja razmatraju da se biološko starenje klasificira kao bolest (Bulterijs i sur. 2015; Zhavoronkov i Bhullar 2015; Zhavoronkov i Moskalev 2016; Lustgarten 2016) s obzirom da se starenje smatra glavnim faktorom rizika za niz bolesti uključujući rak, kardiovaskularne bolesti, dijabetes i neurodegenerativne bolesti (Ghosh i sur. 2014, 232; Meng i sur. 2017, 365).

U nastavku teksta spomenut ćemo psihološke i sociološke teorije s naglaskom na sociološkim teorijama.

2.2 Psihološke i sociološke teorije starenja

Psihološki i socijalni razvoj kroz životni vijek dugo se istražuje kako bi se razumio povijesni razvoj i individualne razvojne razlike starenja (Gerstorf i sur. 2015, 302).

Kada govorimo o teorijama u psihologiji starenja, još uvijek ne postoji jedinstvena, široko prihvaćena, integrativna teorija koja bi odgovorila na pitanja o organizaciji i dezorganizaciji ponašanja tijekom ljudskog vijeka što se može i razumjeti s obzirom da starenje predstavlja izrazito složen fenomen (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 9).⁸

⁷“Godine 1990. Harley i Greder su ustanovili da se dužina završnog dijela svakog kromosoma, koji se naziva telomere, smanjuje sa starošću stanica u kulturi. Ispitivanja su pokazala da se telomera ljudi sastoji od ponavljajuće sekvence šest baza TTAGGG. Taj specifični poredak nukleotida štiti kromosom od degradacije, rekombinacije i spajanja s drugim kromosomima. Svaki telomerički kraj ima oko 10.000 parova baza u kojima se sekvenca nukleotida TTAGGG ponavlja oko 1666 puta.” (Duraković 2007, 10).

⁸ Tridesetih godina prošlog stoljeća počele su se javljati prve znanstveno utemeljene psihološke teorije

Psihološke teorije su krucijalne jer nude temelje za razumijevanje starenja (Bengtson i sur. 2009, 6), odnosno psihološke teorije istražuju utjecaj životnog stila, osobnosti i okoline na ponašanje starijih ljudi, te kako se starije osobe prilagođavaju tim promjenama (Humboldt 2016, 21). Sociološke teorije starenja imaju za cilj objasniti promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja, a koje se očituju u promjenama socijalnih aktivnosti, socijalnih interakcija i socijalnih uloga starijih osoba (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 9).

Tijekom većeg dijela dvadesetog stoljeća mnogi su na starenje gledali kao na svojevrsni jednodimenzionalni proces propadanja (Baltes 1987 u Wernher i Lipsky 2015, 482). Istraživanje koje su proveli Hsu i Jones (2012) pokazalo je da osobine ličnosti, stavovi i jedinstveni životni stil žena može utjecati na bolje zdravstveno stanje i bolje suočavanje sa starošću. Prema Bergeru i Thompsonu (1994 u Pečjak 2001; Wehrner i Lipsky 2015, 484), najčešće praćene promjene u psihologiji starijih odnose se na „pamćenje i inteligenciju, pri čemu se starije osobe najčešće tuže na poteškoće u pamćenju, slabo zapamćivanje novih sadržaja, zaboravljanje podataka i gubljenje predmeta“. Stoga, ne čudi da se starije osobe vrlo često vole prisjećati određenih doživljaja i situacija iz prošlosti (reminiscencija), pri čemu ponovno razmatraju prošla iskustva, razmišljaju o njihovom značenju s ciljem boljeg razumijevanja sebe samih (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 17).⁹ Pečjak (2001, 94) treću životnu dob naziva jednim od „najstresnijih životnih razdoblja u kojem pojedinca posebno pogađaju tri događaja: „umirovljenje, odlazak posljednjeg djeteta iz obitelji te smrt bračnog partnera, pri čemu umirovljenje naziva izumom suvremenog doba s obzirom da ga primitivna plemenska i ruralna društva ne poznaju pa ljudi rade dok mogu i ono što mogu“. Upravo zbog navedenog, reminiscencija se počela primjenjivati kao oblik terapije, ne samo u palijativnoj skrbi i liječenju depresije, već i kod zdravih starijih ljudi kako bi povećali svoju emocionalnu dobrobit, zadovoljstvo u životu i pamćenje (Woods i sur. 2009, 2; Keall

starenja.

⁹ Kada mislimo na starije osobe, često imamo sliku o njima dok reminisciraju, odnosno pričaju priče o ljudima i događajima iz prošlosti te govore o svojim mislima i osjećajima vezanima uz te ljude i događaje. Prisjećanje na prošlost može biti pozitivno i adaptivno. Mnogi stariji reminisciraju i posvećuju se pregledu života što je dio postizanja integriteta ega. Osim pregleda života, reminiscencija ima i druge svrhe. Kada je usmjerena na sebe te potaknuta da bi se smanjila dosada i oživjela gorka iskustva, povezana je s teškoćama prilagodbe. Očajni stariji često ruminiraju razmišljajući o bolnim iskustvima iz prošlosti što održava njihove negativne emocije za razliku od ekstravertiranih starijih osoba koje se češće angažiraju u reminiscenciji usmjerenoj na druge, na socijalne ciljeve, poput učvršćivanja obiteljskih i prijateljskih veza, ponovnog proživljavanja odnosa s bliskim osobama koje su izgubili (Berk 2008, 586).

i sur. 2015, 748; Latorre i sur. 2015, 141).

2.2.1 Teorija psihosocijalnog razvoja

„Erikson kroz teoriju psihosocijalnog razvoja ljudski razvoj vidi kroz osam stadija od kojih je svaki obilježen izazovom ili krizom“ (Berk 2008, 585), pri čemu se „osma faza odnosi na osobe koje su umirovljene te u tom periodu nastoje uravnotežiti životne uspjehe i neuspjehe“ (Hearn i sur. 2012, 2), odnosno usmjerene su na motivacijsku osnovicu generativnosti (Lacković-Grgin 2014, 207).¹⁰ „Eriksonova teorija se još naziva EGO-psihologija, a osnovana je na Freudovoj psihoanalitičkoj koncepciji uz značajne modifikacije Freudove teorije: pridaje veću važnost EGU, konflikti u EGU ne moraju proizlaziti iz njegova sukoba s ID-om i SUPEREGO-m, već mogu biti uzrokovani inkompatibilnošću ciljeva koji su njegovi vlastiti“ (Vorkapić Tatalović 2013, 21).

Prema Pecku (1968 u Berk 2008, 585), Eriksonov konflikt integriteta ega obuhvaća tri odvojena zadatka: „Diferencijacija ega nasuprot okupiranosti radnom okolinom, prolaznost tijela nasuprot okupiranosti tijelom, prolaznost ega nasuprot okupiranosti egom“.¹¹

Iz navedenih sukoba može „proizaći mudrost, ljudska vrlina najčešće povezana sa starošću, odnosno Erikson je odlučio naglasiti one zadatke starosti koji uključuju osvrt na vlastiti život, dajući mu smisao, hvatajući sve konce, uklapajući njegove dijelove u cjelinu. Osim razočaranja zbog vlastitih ili tuđih pogrešaka, osoba također mora izaći na kraj s osamljenošću koja je posljedica smrti bliskih osoba“ (Shaie i Willis 1996, 79). Dakle,

¹⁰ „Eriksonov koncept generativnosti krajem dvadestog stoljeća postaje jedan od vrlo često spominjanih konstrukata u literaturi o razvoju ličnosti u odrasloj dobi. Neke definicije odrednica generativnosti bile su usmjerene na motivacijsku osnovicu generativnosti (npr. želja za besmrtnošću, potreba da se bude potreban, tendencija k djelovanju i zajedništvu). Oni koji su se bavili generativnošću u starijoj dobi određuju je kao stav prema životu i svijetu u smislu razumijevanja vlastitog položaja u slijedu generacija.“ (Lacković-Grgin 2014, 206-207).

¹¹“Diferencijacija ega nasuprot okupiranosti radnom ulogom proizlazi iz umirovljenja. On zahtijeva od starijih koji su puno investirali u svoje karijere da nađu druge načine potvrde vlastite vrijednosti. Prolaznost tijela nasuprot okupiranosti tijelom – osoba koja teži integritetu mora diferencirati mnoštvo obiteljskih i prijateljskih uloga te uloga u zajednici. Prolaznost tijela nasuprot okupiranosti tijelom – starija dob donosi propadanje izgleda, tjelesnih kapaciteta i otpornosti na bolesti. Za osobe čija se psihička dobrobit uvelike odnosi na stanje njihova tijela, kasna odrasla dob može biti teško razdoblje. Stariji trebaju nadvladati tjelesna ograničenja naglašavajući kognitivne i socijalne mogućnosti. Prolaznost ega nasuprot okupiranosti egom - premda sredovječni ljudi uviđaju da je život konačan, starije se podsjeća na izvjesnost smrti jer im umiru braća i sestre, prijatelji i vršnjaci u zajednici.“ (Berk 2008, 585).

možemo zaključiti da starenje i starost, kao i druge razvojne faze, imaju svoje izazove s kojima se pojedinci moraju suočiti. Suočavanje s izazovima ovisi o „našim stavovima i vještinama introspekcije koji mogu dovesti do većeg ili manjeg životnog zadovoljstva“ (Werhner i Lipsky 2015, 483). Svakako je bitno istaknuti da je Eriksonova psihosocijalna teorija doživjela i određene izmjene, odnosno modifikacije. „Najveća izmjena u Eriksonovoj teoriji jest dodavanje devetog stadija psihosocijalnog razvoja, što je predložila Eriksonova supruga i suradnica Joan Erikson“ (Erikson 1998 u Lacković-Grgin 2014, 208). „Dodavanje novog stadija razvoja u prvom je redu posljedica činjenice da se u drugoj polovici dvadesetog stoljeća značajno povećao prosječni ljudski vijek, pri čemu sve više ljudi živi do osamdeset pa i do devedeset godina, dakle niz godina nakon umirovljenja i nakon vremena u kojem su riješili krizu integritet nasuprot očajanju“ (Lacković-Grgin 2014, 209).

2.2.2 Konfliktna teorija starenja

Konfliktna teorija starenja naglašava kako stariji ljudi imaju iskustvo predrasuda kao i diskriminacije zbog svojih godina, stoga nejednakosti koje oni doživljavaju ulaze u niz društvenih nejednakosti poput onih prema spolu, rasi, etničkoj pripadnosti i pripadanju različitim društvenim klasama i slojevima (Peračković i Pokos 2014, 95). Nadalje, konfliktna teorija ističe kako iskustvo dobne diskriminacije i predrasuda prema starenju i starijima predstavlja strukturnu zapreku koja onemogućuje starijima ostvarenje njihovih potencijala i postizanje najboljeg psihičkog i fizičkog zdravlja (Hooyman i Kiyak 2011 u Peračković i Pokos 2014, 95). Kada govorimo o diskriminaciji na osnovi kalendarske dobi ili ageizmu, govorimo o procesu sistematskog stereotipiziranja i diskriminacije starijih ljudi (Dozois 2006 u Rusac i sur. 2013, 96).¹² Naime, dobna diskriminacija je slična rasizmu ili seksizmu, a vodi prema nepriznavanju ili ograničavanju prava starosnih skupina, pri čemu se to ne čini zbog ideoloških, političkih ili moralnih razloga, već

¹² Intenzivnijim korištenjem predrasuda i stereotipa dolazimo do pojave diskriminacije koja se može definirati kao svojevrsno socijalno ponašanje u kojem se predrasude i stereotipi izražavaju u ponašanju protiv pripadnika neke skupine ili u osporavanju njihovih prava da ravnopravno sudjeluju u svim oblicima socijalnog života (Hewstone i Stroebe 2001 u Tomečak i sur. 2013, 42). Kao uži pojam diskriminacije pojavljuje se ageizam ili dobna predrasuda, tj. diskriminacija starijih osoba na temelju njihove dobi, te se starije osobe odbacuju zbog nečeg drugog, a ne prvenstveno zbog neposredne procjene njihovih sposobnosti (Schaie i Willis 2000 u Tomečak i sur. 2013, 42).

isključivo zbog kalendarske starosti (Pečjak 2001 u Rusac i sur. 2013, 96). U tom pristupu starije su osobe manje cijenjene kao radnici jer nisu više ekonomski produktivni, a njihove veće plaće zbog dužine radnog staža i troškovi zdravstvenog sustava smanjuju profit poslodavcu (Peračković i Pokos 2014, 95).

2.2.3 Teorija povlačenja

Teorija povlačenja je „značajno utjecala na razvoj socijalne gerontologije s obzirom da je pokušala definirati multidisciplinarnu teoriju starenja“ (Kralj 2013, 15). Teorija povlačenja bila je prva sveobuhvatna gerontološka teorija starenja koju su pokrenuli i razvili Cumming i suradnici 1960. godine (Thorsen 1998, 165). S demografskim promjenama i rastom udjela starijih u općoj populaciji, starije se ljude sve više promatra kao opterećenje za zapadna društva i dodatni doprinos daljnjem gospodarskom padu (Phillipson 1998 u Bara i Podgorelec 2015, 61). Nadalje, Ebersole i sur. (2005 u Lahe 2016, 14) navode kako socijalno povlačenje kao prirodni proces starenja predstavlja uzajamnu korist pojedinca i društva jer se stariji dobrovoljno umirove i isključe iz postojećih društvenih uloga. Međutim, Barkan (2012 u Peračković i Pokos 2014, 94) zaključuje da na taj način društvo osigurava sedentarni stil života za starije osobe i osigurava da njihove prethodne uloge preuzmu mlađe generacije koje mogu bolje obavljati te uloge. Također, Thorsen (1998, 166) navodi kako „teorija povlačenja predstavlja jedan svojevrsni model ravnoteže ili ekvilibrijum za prirodno starenje i istovremenu socijalnu funkcionalnost“. Navedenoj teoriji povlačenja oštro se protivio Achenbaum (2009, 32), jer je teorija prikazana kao urođena, univerzalna i jednosmjerna, s obzirom da postoje starije osobe koje su u starosti društveno i politički aktivne te zaposlene (Phillipson i Baars 2007, 73). Naime, čak i nakon umirovljenja, neki ljudi zadržavaju određene aspekte svoga posla, a drugi razviju nove zadovoljavajuće uloge u zajednici i u slobodno vrijeme (Berk 2008, 594) s obzirom da za postizanje kvalitetne starosti starije osobe daju veći značaj socijalnom uključenju nego fizičkom zdravlju (Golden i sur. 2009 u Kralj 2013, 10). Dakle, starijim osobama potrebno je pružiti odgovarajuću podršku okoline kako bi ostale socijalno uključene i na taj način svojim stečenim životnim iskustvom doprinijele široj zajednici.

2.2.4 Teorija aktivnosti

U ovoj teoriji glavna je pretpostavka da je aktivnost od vitalne važnosti za dobrobit, stoga

se pretpostavlja da je održavanje obrazaca aktivnosti i vrijednosti tipičnih za srednju odraslu dob potrebno za ostvarenje bogatog i zadovoljavajućeg života i u starijoj životnoj dobi (Kunac 2014, 8; Achenbaum 2009, 32; Plavšić 2012, 53). Međutim, prilike za ostvarivanje socijalnih kontakata ne dovode uvijek do veće socijalne aktivnosti (Berk 2008, 595).¹³ Stoga, aktivno starenje ne podrazumijeva isključivo fizičku aktivnost i društvenu korisnost, nego prije svega optimalizaciju psihofizičkih stanja i socijalnih uvjeta čime se povećava kvaliteta života i sprečava brzo i rano propadanje sposobnosti te prevenira socijalna ovisnost (Peračković i Pokos 2014, 106). Dakle, naglasak je na neprestanoj aktivnosti, pri čemu treba gubitke i nemogućnosti u izvođenju određenih aktivnosti (koji se javljaju zbog starenja) zamijeniti aktivnostima i ulogama koje mogu provoditi (Kart i Kinney 2001 u Lahe 2016, 13). Razvojni zadaci koje Havighurts navodi su: „prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu, prilagodba na umirovljenje i smanjeni prihod, prilagodba na smrt supružnika, uspostavljanje jasne pripadnosti vlastitoj dobnoj skupini, ispunjavanje socijalnih i građanskih obaveza, uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života“ (Schaie i Willis 2001 u Brajković 2010, 12). Navedena teorija razvojnih zadataka svodi se na neprestano prilagođavanje okolini kako bi se uspostavila ravnoteža između vlastitog identiteta i reakcije na doživljena iskustva (Humboldt 2016, 37).

2.2.5 Teorija socioemocionalne selektivnosti

Teorija socioemocionalne selektivnosti je najčešće korištena teorija u sociogerontološkim istraživanjima (Harrington Meyer i Daniele 2016, 39).

Prema navedenoj teoriji, kako starimo naša socijalna mreža postaje selektivnija, odnosno socijalne interakcije ne opadaju iznenada u kasnoj odrasloj dobi (Berk 2008, 595). Naime, mladi ljudi često razmišljaju o dugoj budućnosti, stoga se u socijalnoj interakciji njihovi prioriteti svode na stjecanje novih znanja i istraživanje novih međuljudskih odnosa. Stariji ljudi smatraju da imaju ograničeno vrijeme na raspolaganju pa je njihova socijalna tendencija maksimiziranje emocionalnih zadovoljstava u sadašnjem trenutku kao što je produblјivanje već postojećih intimnih odnosa (Sullivan-Singh i sur. 2015, 900). Zanimljivo istraživanje vezano uz emocionalnu selektivnost proveli su Mather i Carstensen (2003, 413) koji su uspoređivali pažnju i pamćenje starijih osoba i mlađih odraslih osoba

¹³ U domovima za starije osobe postoji mnoštvo socijalnih partnera, no socijalne interakcije su na niskoj razini, čak i među najstarijim stanovnicima (Berk 2008, 595).

na temelju pozitivnih i negativnih stimulirajućih vizualnih podražaja. Naime, ispitanicima su se na računalo prikazivale slike koje su bile emocionalno pozitivne (nasmijana lica) i emocionalno negativne slike (tužna, ljuta lica), a nakon slike na ekranu bi se pojavila točka koju su ispitanici trebali registrirati. Mjerila se upravo ta brzina reakcije pronalaska točke na ekranu nakon emocionalnog podražaja. Rezultati istraživanja su pokazali da starije osobe brže reagiraju nakon pozitivnog emocionalnog podražaja, a više vremena im treba za reakciju nakon negativnog podražaja što znači da vrše emocionalnu selekciju. Za razliku od starijih osoba, kod mlađih se ta razlika nije vidjela. Navedena sklonost prema pozitivnim emocionalnim informacijama naziva se „efekt pozitivnosti“ (Isaacowitz i sur. 2006; Schlagman i sur. 2006; Charles i sur. 2003). Zaključno možemo reći da teorija socioemocionalne selektivnosti smatra da kod starijih osoba ima manje socijalnih veza, ali su one visokokvalitetne, a razlog tome su promijenjene životne prilike, zbog čega stariji preferiraju partnere s kojima su razvili ugodne, zadovoljavajuće veze (Berk 2008, 596).

2.2.6 Teorija kontinuiteta

U svojoj knjizi naslova „Kontinuitet i adaptacija u starosti“ Atchley (1999 u Mesec 2000, 355) je predstavio novu gerontološku teoriju – teoriju kontinuiteta u starosti. Navedena teorija objašnjava da uravnoteženi i stabilni okolinski čimbenici doprinose kontinuitetu života kako bi se mirno usvojile promjene koje dolaze sa starosti (Kobentar 2008, 149). Na taj način „tranzicija u mirovinu je lakša kada se ljudi više posvete ulogama koje su im bliske (npr. uloga bake, djeda, umirovljene učiteljice koja poučava unuke...) umjesto pronalazanja novih uloga. Utemeljena je na pretpostavci da starije osobe ne žele velike promjene u mirovini u odnosu na prethodno razdoblje“ (Đorđević 2013). Međutim, prisilno umirovljenje predstavlja diskontinuitet u starosti jer zanemaruje razlike među ljudima u sposobnostima, tjelesnom i mentalnom zdravlju, obiteljskim prilikama i sl., za razliku od prijevremenog umirovljenja u kojem su društveni i personalni razlozi bolje usklađeni (Penezić i sur. 2006, 64).¹⁴ Dakle, srž teorije kontinuiteta jest da stari ljudi ne vole radikalne promjene u svome načinu života te se na te promjene pokušavaju prilagoditi na način da se koliko je moguće vrte na stanje prije umirovljenja (Mesec 2000, 355).

¹⁴ Umirovljenje je kompleksan fenomen zato što raznovrsne varijable utječu na pojedinčevo iskustvo umirovljenja kao i prilagodbu umirovljenju (Penezić i sur. 2006, 64).

2.2.7 Teorija uloga

Navedena teorija temelji se na pretpostavci da pojedinci igraju različite uloge u različitim životnim razdobljima (brak, djeca, unučad, zaposlenik, starija osoba, umirovljenik i sl.), stoga socijalne uloge određuju pojedinčev identitet (Lahe 2016, 12). Umirovljenje je uloga koja se neizbježno nameće starijim osobama od 65 i više godina. Međutim, „ne postoji dovoljno dokaza utječe li umirovljenje pozitivno ili negativno na produktivno starenje“ (Minami i sur. 2015) s obzirom da se „životni vijek produžio, a posljedično tomu i umirovljenje traje značajno duže nego prije“ (Mein i sur. 2003, 46).¹⁵ Dakle, tijekom umirovljenja starije osobe prelaze iz uloge produktivnog građanina u ulogu umirovljenika. „Stariji ljudi vole da se istakne njihov doprinos u društvu što predstavlja jednu vrstu promocije zdravlja i jačanje njihove dobrobiti“ (Matz-Costa i sur. 2012) jer se na taj način osjećaju radno aktivnim i ravnopravnim građanima.

2.2.8 Teorija gerotranscendencije

Teorija gerotranscendencije predstavlja univerzalni fenomen u izražavanju normalnog starenja (Thorsen 1998, 166). Razvio ju je švedski sociolog Tornstam (1989 u Lahe 2016, 15), a slovi kao prirodni razvojni i optimizirani proces koji dovodi do novih perspektiva (Wadensten 2005, 381), potiče pozitivno doživljavanje starenja i brigu o starijima (White 2015, 3). Prilagodba na starost, starenje i umirovljenje ne mora biti percipirana kao traumatično iskustvo, već može biti jedna vrsta subjektivne dobrobiti, blagostanja te služiti i kao neka vrsta pomlađivanja (Westerlund i sur. 2009 u Tornstam 2011, 166), stoga se gerotranscendencija svodi na postepeni i specifični kvalitetni razvoj starije životne dobi (Tornstam 1996, 144). Dakle, gerotranscendencija je razvojna faza koja se javlja kada starije osobe usmjeravaju svoje životne poglede s materijalnog i racionalnog na kozmičko (beskonačno) i transcendentno (nadnaravno), kako bi se povećala kvaliteta i zadovoljstvo životom (Tornstam 1989, 55 u Lahe 2016, 15) te omogućava da se osoba redefinira, preispituje i usredotoči prvenstveno na sebe radi samopoštovanja, a zatim i na svoj odnos prema drugima u okolini (White 2015, 4). Osim što navedena teorija doprinosi boljem prihvaćanju starosti i starenja iz perspektive starijih osoba, ona omogućava bolju skrb

¹⁵ Više o umirovljenju bit će opisano u poglavlju: 2.8 Umirovljenje i socijalna podrška.

medicinskih sestara u institucijama u kojima borave starije osobe (Wadensten 2005, 387) s obzirom da se primjenom teorijskih smjernica gerotranscendencije promovira pozitivno starenje te individualni pristup medicinskih sestara u skrbi za starije osobe (Wadensten 2010).

Možemo reći kako se teorija gerotranscendencije zalaže za doživljavanje starosti kao svojevrzne preobrazbe u kojoj se na nov način shvaćaju život i aktivnosti pojedinca i njegove okoline.

2.2.9 Teorija modernizacije

Korištenje teorije modernizacije na području socijalne gerontologije uveli su Cowgill i Holmes (1972 u Lahe 2016, 19). Teorija modernizacije i starenja tvrdi kako status i podrška starijih ljudi u zapadnom svijetu opada otkad su proširenu obitelj zamijenile nuklearne obitelji (Aboderin 2004, 29). Nadalje, Cowgill (1974 u De Silva i Welgama 2014, 2) modernizaciju definira kao „transformaciju ukupnog društva sa ruralnog načina života koji se temelji na tradicionalnom pogledu na svijet i vrijednosti, ograničenom korištenju tehnologije i nediferenciranim ustanovama prema urbanom načinu života koji se temelji na korištenju visoko razvijene znanstvene tehnologije i visoko diferenciranim institucijama“. Naime, u pretežito patrijarhalnom društvu starost je značila i donosila moć u obitelji i zajednici jer su stariji kao vlasnici zemlje imali dominantnu ulogu te su usmenom predajom na mlađe prenosili proizvodna iskustva, moralne norme i uspomene na pretke (Ćakić Kuhar i sur. 2015, 12). Modernizacijom obitelji status starijih osoba u društvu počinje slabiti. Tako je Cowgill (1974 u Lahe 2016, 19) naveo 4 ključna čimbenika koja su utjecala na pad statusa starijih osoba u društvu: zdravstvena tehnologija, ekonomska i industrijska tehnologija, urbanizacija, obrazovanje.¹⁶ Neki stručnjaci navode

¹⁶“Zdravstvena tehnologija – napredak u medicinskoj praksi i javnom zdravstvu ima pozitivne učinke (poboljšanje zdravlja i produženje životnog vijeka) te negativne posljedice (veća konkurencija na radnom mjestu, poslodavci u industrijaliziranom društvu radije zapošljavaju mlađe radnike s novim stečenim znanjima zbog čega starije osobe postaju nekonkurentne na tržištu).

Ekonomska i industrijska tehnologija – povećano korištenje tehnologije dovelo je do smanjenog korištenja iskustva i vještina starijih osoba.

Urbanizacija – mnogo starijih osoba ostaje u ruralnoj sredini koja je ekonomski loše, društveno deprivirano i izolirano područje.

Obrazovanje – povećana pismenost, naglašavanje veće vrijednosti znanosti u odnosu na tradiciju te nejednaka bazična znanja među članovima obitelji različitih generacija.“ (Cowgill i Holmes 1972 u Lahe

kako teorija modernizacije idealizira prošlost, odnosno da starije osobe u predindustrijskim i seoskim područjima uživaju visok standard te ne uzimaju u obzir da su starije osobe u svojim društvima zanemarene od strane mlađih članova obitelji (De Silva i Welgama 2014, 2 u Lahe 2016, 20).

2.3 Fiziološko starenje

Starenjem se događaju brojne promjene različitih organa i organskih sustava što je konačni rezultat funkcijskih promjena i starenja organizma (Duraković 2007, 15). Kao što je već rečeno, starenjem se javljaju fiziološke promjene na svim organskim sustavima pa se tako smanjuje udarni volumen srca, povećava krvni tlak i razvija ateroskleroza, u plućima se javlja poremećaj u izmjeni plinova, smanjuje vitalni kapacitet i javlja sporiji izdisajni protok (Boss i Seegmiller 1981, 434). Također, promjene u osjetnom funkcioniranju postaju sve zamjetljivije u kasnijoj životnoj dobi, pri čemu stariji slabije vide i čuju, a moguća je i manja osjetljivost u području okusa, mirisa i dodira (Berk 2008, 550-551). U nastavku teksta obradit ćemo najznačajnije fiziološke promjene u starosti po organskim sustavima.

2.3.1 Tjelesni izgled i pokretljivost

„Kod starijih odraslih osoba postoji velika različitost u tome kako se prilagođavaju tjelesnim promjenama pri starenju, a s obzirom da dijelovi tijela stare različito brzo, osjećaj tjelesnog starenja kod odraslih je višedimenzionalan: u nekim se područjima osjećaju stariji nego u drugima“ (Berk 2008, 556).

„Najčešći vanjski znakovi starenja uključuju promjene na koži, kosi, strukturi lica i građi tijela. Budući da se promjene pojavljuju postupno, stariji odrasli ne moraju zamijetiti svoj stariji izgled dok on ne postane očit“ (Berk 2008, 555). Društveni značaj fizičkog izgleda i ljepote dokumentiran je u mnogim studijama (Rhodes 2006; Vukovic i sur. 2009; Samson i sur. 2010; Little i sur. 2011; Foo i sur. 2017). Poznato je da čak i suptilne manipulacije morfologijom lica mogu utjecati na promjenu percepcije ljudi o dobi osobe, zdravlju i privlačnosti (Fink i sur. 2016). Promjene koje ukazuju na vidljivo starenje najčešće se pojavljuju na licu s obzirom da je često izloženo suncu, što pospješuje starenje, a osim toga dolazi i do drugih facijalnih promjena: šire se nos i uši jer se nove stanice pohranjuju na

2016, 19).

vanjskim slojevima tijela (Berk 2008, 555). Nadalje, osim vidljivih promjena na licu, mijenja se i tjelesna građa. Visina se nastavlja smanjivati, posebice kod žena, a gubitak sadržaja minerala u kostima vodi daljnjem propadanju kralježnice (Berk 2008, 555). Nadalje, u starijoj životnoj dobi slabi mišićna snaga u rasponu od 20-50 % (Doherty 2003 u Plow i sur. 2013), smanjuje se koštana masa, posebice kod žena (Al-Azzawi i Palacios 2009) te se smanjuje snaga i fleksibilnost zglobova, tetiva i ligamenata (Berk 2008, 555) što nazivamo sarkopenijom.^{17, 18} Gubitak skeletne i mišićne mase, kao što je već rečeno, može se javiti kao dio prirodnog starenja, a može biti pogoršano djelovanjem sistemskih bolesti te predstavljati prediktor dužeg oporavka nakon operativnih zahvata (Mei i sur. 2016). U jednoj američkoj studiji pokazalo se da slabljenje mišićne snage kod starijih osoba predstavlja trošak za zdravstvo SAD-a od 18 milijardi \$ (Janssen i sur. 2004 u Yu i sur. 2014). Kod osoba starije životne dobi povećava se rizik pada, odnosno gotovo jedna trećina starijih osoba iskusi strah od pada koji posljedično dovodi do samoinicijativno nametnutih ograničenja pri kretanju, smanjene aktivnosti, depresije, društvene izolacije i usamljenosti (Valtorta i Hanratty 2012). Spontano hodanje smanjuje se za oko 1 % godišnje u dobi iznad 60 godina i više, pri čemu mnogi stariji ljudi prihvate svoje poteškoće u kretanju kao nešto normalno za svoju dob, a njihovi liječnici ih često podržavaju u tom stajalištu (Pratali i sur. 2014). Osobe starije životne dobi imaju sklonost da sve više žive sjedilačkim stilom života pa nekorištenje mišića dovodi do smanjenih energetske potrebe (Donahoo i sur. 2004 u Pratali i sur. 2014), smanjenog trošenja glukoze u mišićima i aktivacije mišićne atrofije (Morelli i sur. 2013). Istraživanjem koje su proveli Lee i sur. (2012, 219) utvrdili su da je fizička neaktivnost uzrokovala oko 5,3 milijuna preuranjenih smrti u 2008. godini koje su se mogle spriječiti.

2.3.2 Promjene na vidnim i slušnim organima

¹⁷Sarkopenija – zajednički naziv za progresivni gubitak mišićne mase i snage, povezana je s invaliditetom, gubitkom samostalnosti i smanjenom kvalitetom života (Yu i sur. 2014).

¹⁸ Sarkopenija je u starijoj dobi kao dio opće involucije. Ima mnogo faktora koji je mogu izazvati ili pak pospješiti njen razvoj što se ne može smatrati normalnim. Posebno treba istaknuti fizičku neaktivnost, koja može izazvati slabljenje pa i inaktivitetnu atrofiju mišića. Drugi važan faktor koji može doprinijeti razvoju sarkopenije je manjkava prehrana, posebice energetske-proteinski deficit koji je kod starijih osoba vrlo čest zbog brojnih nepovoljnih okolnosti, od neznanja i oskudice do otežanog probavljanja i iskorištavanja hrane (Tomek-Roksandić 1999, 278).

Kada govorimo o senzornim i perceptivnim promjenama u starosti, prvo ćemo objasniti pojam senzacije. Senzacija se definira kao „proces uzimanja informacija putem osjetilnih organa“ (Hooyman i Kiyak 2008, 93). Starija životna dob je najčešći uzrok kod pojave dalekovidnosti, katarakte, makularne degeneracije, primarnog glaukoma te dijabetičke retinopatije (Loh i Ogle 2004). „U starijoj životnoj dobi vid i dalje propada, rožnica postaje prozračnija i raspršuje svjetlo što zamagljuje sliku i dovodi do osjetljivosti na bliještanje. Leće nastavljaju žutjeti što dovodi do daljnjeg narušavanja razlikovanja boja. Od srednje do stare dobi maglovita se područja u lećama, zvana katarakte, povećavaju što dovodi do zamagljenog vida i, ako se ne operira, do sljepoće“ (Berk 2008, 551). Između 10 % i 60 % pacijenata koji imaju bolesti oka, poput makularne degeneracije, imaju iskustvo pojavljivanja složenih vizualnih halucinacija (Ozcan i sur. 2016). Dakle, promjene na području vida mogu utjecati na ograničavanje aktivnosti što može dovesti do smanjene sposobnosti samozbrinjavanja i socijalne izolacije. Stoga „oštećenje vida kod starijih osoba predstavlja značajan javnozdravstveni problem“ (Loh i Ogle 2004).

Nadalje, što se tiče slabljenja sluha u starijoj životnoj dobi, najveće je za visoke frekvencije, premda opažanje tihih zvukova slabi u cijelom rasponu frekvencija (Berk 2008, 552). Najčešća fiziološka pojava propadanja slušnog organa naziva se prezbiakuzija (Vouk i Radovančić 2001, 211). Prezbiakuzija označava smanjenu oštrinu sluha uzrokovanu starenjem, obično počne između dvadesete i tridesete godine života, a „društveno neugodna“ postaje između četrdesete i pedesete godine života (Macangnin Seimetz i sur. 2016). Prezbiakuzija je treći najčešći kronični uzrok invaliditeta u starijoj životnoj dobi, po prevalenciji je u rangu s kardiovaskularnim bolestima i artritisom te može biti predispozicija za nastanak demencije (Frisina i sur. 2016; Kim i sur. 2016). Procjenjuje se da postoji u oko dvije trećine ljudi starijih od sedamdeset godina (Zhan i sur. 2010).

2.3.3 Kardiovaskularni i respiratorni sustav

Starenje je obično povezano s kardiovaskularnim bolestima, povećanim, odnosno sustavnim stvaranjem ateroskleroze (Farhat i sur. 2008).

Starenje je glavni čimbenik rizika za fibrilaciju atriya i zatajenja srca koji mogu dovesti do pandemijskih razmjera zbog sve većeg broja starije populacije (Martin i sur. 2018). „Starenje kardiovaskularnog i respiratornog sustava nastavlja se postupno tijekom rane i srednje odrasle dobi, obično bez upozorenja. Kako godine prolaze, tako mišić srca postaje krući, a neke od njegovih stanica umiru, dok se druge uvećavaju što dovodi do zadebljanja stijenki lijevog ventrikula“ (Berk 2008, 552). Masa srca može se nešto smanjiti, no može

se i povećati i to za oko 1 gram godišnje, počevši od četrdesete godine kao posljedica povisivanja krvnog tlaka, mišićne mase tijela i metaboličkih razloga (Duraković 2007, 17). Hipertenzija je jedan od vodećih problema kod osoba starije životne dobi (Viridis i sur. 2011 u Zbroch i sur. 2016). Povišenje sistoličkoga krvnog tlaka posljedica je smanjene elastičnosti krvnih žila i progresivno je s povisivanjem dobi (Duraković 2007, 18).¹⁹ Zatajenje srca se definira kao nemogućnost srčanog mišića da pumpa dovoljnu količinu krvi koja bi zadovoljila energetske zahtjeve tijela, a starenje je povezano sa više maladaptivnih i vaskularnih strukturnih srčanih, električnih i funkcionalnih promjena koje povećavaju rizik od fibrilacije atriya i srčanog zatajenja (Martin i sur. 2018; Henry i sur. 2016).

Promjene u dišnom sustavu prate smanjenu oksigenaciju. Budući da tkivo pluća postupno gubi elastičnost u dobi između 25 i 80 godina, vitalni je kapacitet smanjen napola (Berk 2008, 554). Starenjem dišni sustav prolazi kroz različite anatomske, fiziološke i imunološke promjene. Pluća sazrijevaju od 20. do 25. godine života, a nakon toga plućna funkcija progresivno pada s porastom dobi (Sharma i Goodwin 2006). Pluća starenjem postaju manje elastična, kalcificira se zglobova hrskavica rebara, kralježnica postaje zakrivljena, pa je potreban veći mišićni rad za odstranjenje zraka iz pluća (Duraković 2007, 18).²⁰ Tako je akutno zatajenje dišnog sustava često razlog zbog čega osobe starije životne dobi traže pomoć u hitnim službama (Ray i sur. 2006).

2.3.4 Probavni sustav

Probavni sustav je složen te obavlja niz funkcija od kojih je svaki različito zahvaćen procesom starenja (Nigam i Knight 2008). Dobro je poznato da se unos hrane smanjuje s dobi, pri čemu se za svako desetljeće nakon pedesete godine starosti kalorijska vrijednost hrane smanjuje za oko 10 % (što odražava opće usporavanje metabolizma i postupni

¹⁹ „Rad srca se smanjuje s povisivanjem dobi dok se ukupna periferna rezistencija povećava preko 1 % godišnje, počevši od četrdesete godine života pa nadalje. Rezultat toga je smanjena perfuzija organa. To smanjenje perfuzije manje je izraženo u miokardu i skeletnom mišićju, a znatnije u bubrezima u kojima se perfuzija smanjuje i do 50 % s povisivanjem dobi. To je smanjenje vrlo izraženo u cirkulaciji kroz kožu i u splahnničkom krvotoku.“ (Duraković 2007, 17).

²⁰ “Sve se respiracijske funkcije u starosti smanjuju, a alveolo-kapilarna razlika kisika se s povisivanjem dobi povećava. Vitalni kapacitet pluća u starosti se smanjuje za oko jednu litru. Povećava se potreba za energijom koja je disanju potrebna, a smanjuje minutni volumen srca i povećava periferna vaskularna rezistencija.“ (Duraković 2007, 18).

gubitak mišićne mase), ali se osnovne prehrambene potrebe ne mijenjaju s godinama (Nigam i Knight 2008). Smanjena sekrecija slin utječe na smanjenje apsorpcije i posljedično tome dovodi do smanjene iskoristivosti pojedinih nutrijenata te se smanjuje sposobnost želuca da luči HCL i probavne enzime što utječe na smanjenu apsorpciju kalcija i bjelančevina (Tomek-Roksandić i sur. 1999, 192). Također, s porastom dobi dolazi do opadanja osjetila, kao što su osjet mirisa, okusa, vida, opipa i sluha što može imati negativni utjecaj na prehranu i prehrambeno stanje starijih osoba (Boyce i Shone 2006; Tomek-Roksandić i sur. 1999, 193). Smanjena razina kalcija dovodi do oštećenja i gubitka zubi što pak dovodi do izuzetno teškog žvakanja te se na taj način može javiti smanjeni unos hrane i razviti pothranjenost (Nigam i Knight 2008). Kada govorimo o pothranjenosti, istraživanja su pokazala da se masa tijela i nakupljanje masti povećava do oko 75. godine života, a zatim se smanjuje ili ostaje na istoj razini (Hickson 2006; Ahmed i Haboubi 2010). Pothranjenost je češća kod starijih osoba i to 16 % kod osoba iznad 65 godina starosti i 2 % iznad 85 godina starosti (Office of National Statistics 2004 u Ahmed i Haboubi 2010).^{21,22}. Na drugom kraju spektra nutritivnih promjena kod osoba starije životne dobi nalazi se teškoća prekomjerne tjelesne težine koja danas poprima razmjere epidemije (Duraković 2007, 192). „Prekomjerna tjelesna težina kod starijih dovodi do funkcionalnih poteškoća, morbiditeta i institucionalizacije“ (Batsis i sur. 2016), pri čemu prekomjerna tjelesna težina za starije osobe koje žive u ruralnim područjima predstavlja „dodatnu prepreku na mobilnost s obzirom na poteškoće vezane uz prijevoz i kretanje“ (Iezzoni i sur. 2006) što svakako može potencirati pojavu usamljenosti.

2.3.5 Genitourinarni sustav

Promjene na urinarnom traktu često su povezane s procesom starenja (Tong 2009, 69). Kontraktilnost i sposobnost odgode pražnjenja mjehura često se smanjuje s dobi kao i smanjenje sposobnosti bubrega da noću koncentrira urin, pri čemu se javlja poremećaj

²¹ Pothranjenost se definira kao stanje u kojem postoji manjak, višak ili neravnoteža energije, proteina i drugih hranjivih tvari te na taj način uzrokuje štetne učinke na građu i funkciju tijela te kliničke ishode (Stratton i sur. 2003 u Ahmed i Haboubi 2010).

²² Pothranjenost je povezana sa smanjenim funkcionalnim statusom, smanjenom funkcijom mišića, smanjenom koštanom masom, disfunkcijom imunog sustava, anemijom, smanjenom kognitivnom funkcijom, sporijim zacijeljivanjem rana, produženim oporavkom od operativnih zahvata te produženim bolničkim liječenjem (Chapman 2006 u Ahmed i Haboubi 2010).

spavanja s obzirom na 1 – 2 noćne epizode mokrenja (Resnick i sur. 2012 u Jung i sur. 2015; Pfisterer i sur. 2006). Funkcija bubrega opada s dobi, pri čemu u SAD-u najmanje 35% starijih osoba iznad 70 godina ima umjereno do jako smanjenu funkciju bubrega (Slinin i sur. 2008). Nadalje, povećava se i volumen rezidualnog urina s dobi oko 50 – 100 ml, povećana je prostata kod muškaraca, a kod žena atrofira sluznica uretre zbog smanjenog lučenja estrogena (Trowbridge i sur. 2007).

U starijoj životnoj dobi česta je pojava disfunkcije donjeg urinarnog trakta u obliku urinarne inkontinencije te hiperplazija prostate (Jung i sur. 2015). Epidemiološke studije su pokazale da se prevalencija urinarne inkontinencije povećava s dobi kod oba spola i to 16,5% kod osoba između 60. i 74. godine te 33,3 % među onima u dobi od 75 i više godina (Nunes Tamanini i sur. 2009). Nadalje, rezultati gerontoloških istraživanja u SAD-u ukazuju da 8 – 34 % osoba starije životne dobi koje žive u svojem domu i više od 50 % gerijatrijskih bolesnika koji žive u gerijatrijskim bolnicama i domovima za njegu imaju neki oblik inkontinencije (Jung i sur. 2015). Urinarna inkontinencija može imati značajne negativne učinke na samopoštovanje te se povezuje s povećanom stopom depresije, socijalne izolacije i usamljenosti (Griebing 2004 u Jung i sur. 2015).

2.3.6 Kognitivne promjene u starijoj životnoj dobi

„Starenje živčanog sustava pogađa širok raspon složenog mišljenja i aktivnosti. Težina mozga se smanjuje tijekom cijele odrasle dobi, međutim taj gubitak postaje veći nakon dobi od 60 godina i može iznositi između 5 i 10% do dobi od 80 godina, adogađa se zbog odumiranja neurona i povećanja ventrikula unutar mozga“ (Berk 2008, 549).

Prevladavajući trendovi u kognitivnom razvoju i normalnom starenju pokazuju da postoji vrijeme kada kognitivne funkcije dosegnu vrhunac što ujedno znači kraj sazrijevanja mozga i početak opadanja kognitivnih funkcija (Salthouse 2009; Yaffe i sur. 2009; Rask i sur. 2016; Tucker-Drob i Briley 2014, 949). „Gubitak neurona događa se u cijelome korteksu, no u različitom stupnju u različitim područjima. U vidnim, slušnim i motornim područjima umire i do 50% neurona. Nasuprot tome dijelovi korteksa (poput frontalnog lobusa) koji su odgovorni za integraciju informacija, prosuđivanje i refleksivno mišljenje pokazuju manje promjena. Glija stanice također propadaju što pridonosi smanjenoj učinkovitosti središnjeg živčanog sustava“ (Berk 2008, 549).

Starenje je povezano s promjenama u perifernom i centralnom živčanom sustavu, odnosno u središnjem živčanom sustavu veličina neurona, broj sinapsi, integritet bijele tvari i

volumen sive tvari se smanjuju (Ward i sur. 2008; Kruggel 2006; Sullivan i Pfefferbaum 2006; Sheline i sur. 2002). Subjektivni prigovori starijih osoba u kojima navode kako zaboravljaju upute do odlaska na poznate lokacije te ponavljanje istih priča ukazuju na poteškoće u pamćenju (Bailey i sur. 2013). Međutim, neke starije osobe mogu obavljati pojedine funkcije podjednako uspješno kao i mlađe osobe, a oni koji imaju značajan pad u kognitivnom funkcioniranju obično imaju istovremeno zastupljeno više bolesti te samim time i veći rizik smrtnosti (Yaffe i sur. 2010). Istraživanja koja su proveli Barnes i sur. (2007) i Yaffe i sur. (2009) pokazala su da starije osobe s očuvanim kognitivnim sposobnostima posjeduju pozitivne osobine poput održavanja zdravog stila života redovitim tjelesnim vježbanjem, nepušenja te umjerene konzumacije alkohola. Fizička aktivnost je povezana s nižim rizikom nastanka Alzheimerove bolesti ili drugih vrsta demencija i općenitog kognitivnog propadanja (Barnes i sur. 2007; Balsamo i sur. 2013; Carvalho i sur. 2014; Aalbers i sur. 2015; Olanrewaju i sur. 2016).^{23,24,25} Istraživanjima je utvrđeno da visoko obrazovanje i pozitivna okolina djeluju poticajno na kognitivno funkcioniranje u starosti (Sternberg 2005, 475; Schaie i Willis 2001 u Despot Lučanin 2010, 222).²⁶ Tako Schaie i Willis (2001 u Despot Lučanin 2010, 222) među glavnim razlozima opadanja kognitivnih funkcija u starosti navode bolest i nedostatak okolnih poticaja poput socijalne izolacije, smanjenja motivacije za izvođenje intelektualnih zadataka ili kombinacije navedenih čimbenika. Nadalje, osim zdravog stila života i pozitivnog utjecaja okoline, Clewett i sur. (2016, 118) utvrdili su da genetski faktor štiti određene pojedince od kognitivnog propadanja, odnosno od neurodegeneracije, a nedavna

²³ Alzheimerova demencija je jedan od najčešćih tipova demencije. Obično se javlja kod osoba u dobi od 65 godina ili više. Pretpostavlja se da su ekološki i genetski faktori važni u patogenezi Alzheimerove bolesti (Ramezani i sur. 2016).

²⁴ Alzheimerovu demenciju prvi je opisao njemački neuropatolog Alois Alzheimer 1907. godine kao neurodegenerativnu bolest karakteriziranu progresivnim gubitkom pamćenja i pogoršanja kognitivnih funkcija (Mu i Gage 2011).

²⁵ Incidencija Alzheimerove demencije udvostručuje se nakon dobi od 65 godina sa 1.275 novih slučajeva svake godine na svakih 100.000 osoba starijih od 65 godina te se očekuje da će i dalje rasti (Balsamo i sur. 2013).

²⁶ Schaie i Willis (2001 u Despot-Lučanin 2010) longitudinalnim su praćenjem tijekom 14 godina utvrdili da su životni stil i promjene u njemu povezani s intelektualnim postignućem u starosti. Tako osobe prosječnog materijalnog statusa, nenarušene obiteljske strukture i prosječne uključenosti u kontakte s okolinom pokazuju stabilnost u kognitivnim funkcijama za razliku od osoba prosječnog socijalnog statusa, pasivnih u socijalnim aktivnostima te smanjenog interesa za usvajanje novih znanja čije kognitivne funkcije pokazuju opadanje.

su istraživanja pokazala pozitivni utjecaj flavonoida na kognitivne funkcije (Spencer 2009; Macready i sur. 2009; Kumar i Pandey 2013; Vauzour 2014; Wang i sur. 2016).²⁷ Zaključno možemo reći kako su za očuvanje optimalnog kognitivnog funkcioniranja u starijoj životnoj dobi, osim genetskih faktora na koje ne možemo utjecati, od iznimnog značaja faktori poput fizičke aktivnosti, prehrane te socijalne uključenosti kako bi na taj način starije osobe bile što dulje neovisne i produktivne.

2.3.7. Imunosni sustav u starijoj dobi

Imunološki sustav je najvažniji zaštitni fiziološki sustav organizma, većina eksperimentalnih podataka o imunološkim promjenama tijekom starenja pokazuje pad brojnih imunoloških parametara u odnosu na ljude mlađe životne dobi (Fulop i sur. 2017). Tijekom starenja dolazi do slabljenja imunosnog sustava, pri čemu dolazi do promjena u imunokompetenciji što uključuje slabljenje u slanju signala i regulatornim sposobnostima T stanica, slabije odgovore limfocita na mitogene i citokine te ometanje u regulaciji B stanica, što rezultira povećanim razinama auto-antitijela i smanjenom proizvodnjom antitijela na vanjske antigene (Plavšić 2012, 18). Učestalost mnogih infekcija veće su kod starijih osoba u odnosu na mlađe odrasle osobe, a zarazne bolesti često su povezane s dugoročnim posljedicama koje se manifestiraju u obliku gubitka samostalnosti u svakodnevnim životnim aktivnostima, što predstavlja značajan javnozdravstveni problem (Weinberger 2018). U znanosti, prevladavajuće je mišljenje kako najznačajnije promjene koje se događaju u imunološkom sustavu određuje stanje koje se naziva imunosenescencija (Fulop i sur. 2017). Imunosenescencija je definirana kao stanje disregulirane imunološke funkcije koja doprinosi povećanoj osjetljivosti starijih osoba na infekciju, na autoimune bolesti i rak (Pawelec 2017).

Upravo je prevencija zaraznih bolesti u starijoj dobi važna mjera za osiguranje zdravog starenja i kvalitete života. Veliki uspjeh cijepljenja priznat je u dječjoj dobi, ali često se podcjenjuje potreba i važnost za cijeloživotnim cijepljenjem (Weinberger 2018).

²⁷ Flavonoidi su glavni sastojci voća, povrća i pića kao što su vino, čaj, kakao i voćni sokovi. Najčešće flavonoidi dijele zajedničku strukturu koja se sastoji od dva aromatska prstena koji su zajedno vezani s tri atoma ugljika (Vauzour i sur. 2008).

2.4 Teorije usamljenosti

Unatoč svoj intelektualnoj sofisticiranosti i genijalnosti ljudskog roda, esencijalna je potreba za pripadnošću kako bi motivirala naše ponašanje i oblikovala naše misli i osjećaje prema drugima (Hawkey i sur. 2007, 559). Prva knjiga o usamljenosti i teorijama usamljenosti pod nazivom „*Loneliness A Sourcebook Of current Theory, Research and Therapie*” Letitie A. Peplau i Daniela Perlmana objavljena je 1982. godine (Sonderby i Wagoner 2013, 5). Također u „brojnim suvremenim sociologijskim i psihologijskim tekstovima nalazimo tvrdnju da je usamljenost proizvod modernog doba pa ne iznenađuje što se o njoj danas sve intenzivnije znanstveno istražuje“ (Lacković-Grgin 2008, 9). Usamljenost se često povezuje sa starijom dobi (Železnik i sur. 2016, 16) s obzirom da urbanizacija, industrijalizacija i modernizacija društva slabe obiteljsku, rodbinsku, prijateljsku i dobrosusjedsku potporu koja je nekoć bila karakteristična za način života u ruralnim sredinama (Podgorelec i Klempić 2007, 112).

Usamljenost se karakterizira kao neugodna, bolna, anksiozna čežnja za drugom osobom ili osobama, odnosno neugodno je emocionalno stanje koje nastaje kada se osoba osjeća odbačena, otuđena ili neshvaćena od drugih te joj nedostaje društvo za socijalne aktivnosti i emocionalnu intimnost (Weiss u Kozjak 2005, 4). Nadalje, usamljenost se može definirati kao stanje prisutnosti negativnih osjećaja povezanih s percipiranom socijalnom izolacijom (Wegner i sur. 1996 u Vuletić i Stapić 2013, 46). Huang i sur. (2016) navode da je usamljenost bolno iskustvo koje se negativno odražava na socijalno funkcioniranje i prosocijalno ponašanje. Postoji jasna razlika između usamljenosti i socijalne izolacije. Za razliku od usamljenosti, socijalna izolacija je namjerno izbjegavanje društvenih kontakata (Dykstra 2009) te se često javlja u kombinaciji s usamljenosti (Zhong i sur. 2016).²⁸ Međutim, Hawkey i Cacioppo (2010) navode kako je usamljenost često sinonim za percipiranu socijalnu izolaciju, ali ne i za objektivnu socijalnu izolaciju s obzirom da ljudi mogu živjeti relativno usamljenim životom i da se pri tome ne osjećaju usamljeno, a s druge strane ljudi mogu voditi naoko bogat društveni život, a osjećati se usamljeno. Heinrich i Gullone (2006, 695) navode da je „usamljenost ljudski doživljaj koji se javlja u

²⁸ Prosocijalno ponašanje definira se kao ponašanje kojim se želi pomoći drugoj osobi ili učiniti neku korist. Motivi za prosocijalno ponašanje mogu biti raznoliki, npr. pokušaj dobivanja nekog oblika nagrade, izbjegavanje kazne ili stvarna želja da se nekome pomogne (Grgić i sur. 2014, 46).

svim dobnim skupinama“ te može biti „privremeno iskustvo kojeg će iskusiti svaki pojedinac u određenom periodu svoga života, a kako se okolnosti mijenjaju tako se mijenja i sama usamljenost“ (Lauder i sur. 2004, 88).

Usamljenost je iskustvo koje se javlja kod više od 80 % osoba ispod 18 godina starosti te kod 40 % osoba iznad 65 godina starosti, a razina usamljenosti je niska u srednjoj odrasloj dobi (Hawkey i Cacioppo 2010; Mushtaq i sur. 2014). Što se tiče RH, Nejašmić i Toskić (u Bara i Podgorelec 2015, 58-59) navode da je prosječna dob stanovnika RH u 2011. godini iznosila 41,7 godina i da se prema recentnim podacima (za 2011) RH nalazi u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starih (65 i više godina) u ukupnom stanovništvu. „Koeficijent starosti u RH 2011. godine iznosio je 24,1, međutim 1953. iznosio je 10,3, a 1971. iznosio je 15 što govori da je u RH proces starenja stanovništva počeo 60-ih godina 20. stoljeća“ (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016., 5).²⁹

Heinrich i Gullone (2006, 695) navode da je „usamljenost ljudski doživljaj koji se javlja u svim dobnim skupinama“ te može biti „privremeno iskustvo kojeg će iskusiti svaki pojedinac u određenom periodu svoga života, a kako se okolnosti mijenjaju tako se mijenja i sama usamljenost“ (Lauder i sur. 2004). Kako bismo bolje shvatili usamljenost iz različitih znanstvenih perspektiva, u nastavku teksta posebno ćemo objasniti kognitivistički pristup usamljenosti, egzistencijalni pristup usamljenosti, interakcionistički pristup usamljenosti te psihodinamski pristup usamljenosti.

2.4.1 Kognitivistički pristup usamljenosti

Kognitivne teorije starenja nastoje objasniti razlike u kognitivnim sposobnostima između mladih i starijih ljudi (Diggs 2008 u Loue i Sajatovic 2008, 216-218) te pokušavaju dati odgovor na pojavnost usamljenosti kada pojedinci ne mogu zadovoljiti standarde koje su postavili za sebe (Skaff 2007, 8). Tako su Peplau, Miceli i Morash (1982 u Theeke 2007, 18) razvili kognitivnu teoriju usamljenosti koja opisuje kogniciju kao posrednika između percipiranog deficita i iskustva usamljenosti. Ova kognitivna teorija izravno se odnosi na

²⁹ Koeficijent starosti je podatak koji govori o postotnom udjelu osoba starijih od 60 i više godina u ukupnom stanovništvu. Osnovni je pokazatelj razine starenja, a kad prijeđe vrijednost 12 % smatra se da je stanovništvo određenog područja zašlo u proces starenje (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016., 5)

definiciju usamljenosti Peplaua i Perlmana 1982. (u Theeke 2007, 18) „koja postulira da pojedinci moraju uočiti neki oblik nesklada između onoga što im treba i žele te onoga što doživljavaju”, odnosno usamljenost je odgovor na nesklad između željene i postignute razine društvenih kontakata te kognitivni procesi imaju umjeren utjecaj na iskustvo usamljenosti (Peplau i Perlman 1982 u Sonderby i Wagoner 2013, 6). Kognitivna psihologija kao nezavisna psihologija prvi put se pojavljuje 50-ih godina proučavajući kako ljudi interpretiraju i pohranjuju podatke (Cacioppo i Cacioppo 2014). Kognicije su posrednici (medijatori) između nedostatka socijalnih interakcija i iskustva usamljenosti, pri čemu procesuiranjem informacija koje prikuplja osoba u svakodnevnim odnosima s drugima zaključuje jesu li njezine potrebe i očekivanja zadovoljene (Lacković-Grgin 2008, 31). Istraživanje koje su proveli Cacioppo i sur. (2006, 1057) pokazalo je da je mozak pojedinaca koji se osjećaju usamljeno, za razliku od neusamljenih, u stanju visoke pripravnosti za potencijalne društvene prijetnje, odnosno usamljeni pojedinci društveni svijet doživljavaju kao prijetnju i kaznu. Nadalje, istraživanja su pokazala da usamljenost kod pojedinaca uzrokuje stvaranje osjećaja tjeskobe i straha zbog čega pojedinci imaju tendenciju formiranja negativnih društvenih dojmova o drugima pa njihova razmišljanja i postupci prema drugima nisu dobronamjerni za razliku od neusamljenih pojedinaca (Zhong i Leonardelli 2008; Cacioppo i sur. 2006; Cacioppo i sur. 2009).

2.4.2 Egzistencijalni pristup usamljenosti

Najznačajniji predstavnik ovog pristupa je Moustakas (1961 u Sonderby i Wagoner 2013, 7) koji kaže da je „egzistencijalna usamljenost intrinzična i organska stvarnost ljudskog života, pri čemu bol i pobjedničko stvaralaštvo nastaju iz razdoblja pustoši pa se često kaže da ova teorija ima “kršćanski” pogled na samoću koja je kao pozitivna prilika složena po iskustvu ljubavi (Savikko 2008, 15).³⁰ Moustakas prilično optimistično gleda na usamljenost. Smatra da pojedinac treba prihvatiti to iskustvo jer svako izbjegavanje usamljenosti može rezultirati onemogućenjem osobnog rasta i razvoja pojedinca (Lacković-Grgin 2008, 23). U egzistencijalnoj usamljenosti čovjek je potpuno svjestan svoje usamljenosti kao osamljeni i izolirani pojedinac, za razliku od tjeskobne usamljenosti

³⁰ Egzistencijalistički pristup sa stajališta operacionalizacije i preciznijih određenja osnovnih pojmova o usamljenosti ograničen je egzistencijalističkom filozofijom čiji je kategorijalni aparat pogodan za teorijske rasprave, ali ne i za znanstvena istraživanja. Stoga, ovaj pristup nije rezultirao empirijskim provjerama i podacima utvrđenima na način koji je imanentan suvremenoj psihologiji (Lacković-Grgin 2008, 23).

u kojoj je čovjek odvojen od sebe i svojih osjećaja bez obzira što poznaje ljude.” (Sonderby i Wagoner 2013, 7). Dakle, egzistencijalni pristup gleda na usamljenost kao automatsku radnju koja dopušta pojedincima razvoj boljeg razumijevanja samih sebe, odnosno usamljenost predstavlja pozitivnu priliku i potrebu svakog pojedinca (Skaff 2007, 8).

2.4.3 Interakcionistički pristup usamljenosti

Najznačajniji predstavnik ovog pristupa je Weiss (1974 prema Lacković-Grgin 2008, 25) koji smatra da je usamljenost rezultat socijalnih interakcija koje ne mogu zadovoljiti jednu od osnovnih ljudskih potreba koje su dio evolucijskog nasljeđa. „Weiss se oslanja na shvaćanja Sullivana Bowlbya, ali u razradi svojih teoretskih postavki on ih elaborira u šest osnovnih probitaka: privrženost, vođenje, socijalna integracija, briga za druge, potvrda vlastite vrijednosti i pouzdani oslonac; za pojavu usamljenosti najznačajniji su privrženost i socijalna integracija.” (Lacković-Grgin 2008, 25).³¹ Tako Weiss (1974 u Kozjak 2005, 4) govori o „emocionalnoj i socijalnoj usamljenosti, pri čemu emocionalna usamljenost nastaje kao posljedica nedostatka intimne, romantične veze te je praćena anksioznošću, nemirom i osjećajem praznine, dok socijalna usamljenost nastaje kao posljedica nedostatka smislenog prijateljstva i zajedništva, a praćena je dosadom i osjećajem socijalne marginalnosti”.³² Dakle, pojam interakcionističkog pristupa usamljenosti ukazuje na subjektivnu percepciju pojedinca u kojem je broj odnosa manji u odnosu na želju pojedinca ili ako se prema individualnoj procjeni pojedinca nije ostvario željeni stupanj intimnosti (Duffy 2015, 403).

2.4.4 Psihodinamski pristup usamljenosti

Usamljenost promatrana kroz ovaj pristup povezuje se s crtama ličnosti kao što su narcizam, megalomanija te hostilnost (Mukhanova i Romanova 2013, 22).³³

³¹ Weissovo teoretiziranje, njegovi prikupljeni podaci i podaci opsežnih intervjua što su ih vodili neki njegovi suvremenici bili su podvrgnuti provjerama u faktorsko-analitičkim studijama. Tako Rubenstein i Shaver (1982) navode postojanje pouzdane i valjane empirijske evidencije o socijalnoj i emocionalnoj usamljenosti te su sugerirali da bi trebalo razvijati zasebne nezavisne mjere za svaku od njih (Lacković-Grgin 2008, 27).

³² Više o emocionalnoj i socijalnoj usamljenosti biti će opisano u poglavlju 2.4 Tipovi usamljenosti.

³³ Hostilnost se odnosi na doživljaj drugih osoba prijetećima, na obezvrjeđivanje drugih te na agresiju prema drugima kao posljedično ponašanje. Emocije su uglavnom vezane uz nezadovoljstvo te rastu do ljutnje i

Psihodinamski pristup usamljenosti baziran je na Freudovom pristupu, iako on nikada nije pisao o usamljenosti (Skaff 2007, 9), odnosno psihodinamsko razumijevanje usamljenosti zasniva se na privrženosti dojenčadi i majke, pri čemu kroz ovaj odnos dijete doživljava emotivne veze te uči kako se povezati s drugima, ali i doživljava osjećaj usamljenosti ako povezanost nije adekvatna (Sonderby i Wagoner 2013, 6). Prema Sullivanu (1953 u Lacković-Grgin 2008, 20), „važnost potrebe za bliskošću pojavljuje se već u dojenčeta, pri čemu ona djeca koja u ranim razdobljima života ne zadovoljavaju tu potrebu neće izgraditi socijalne vještine za izgradnju bliskih odnosa s vršnjacima u kasnijim periodima razvoja“. Tako se u ovom pristupu „usamljenost povezuje s osobinama ličnosti kao što su neuroticizam, ekstraverzija, ugodnost, samopoštovanje, sramežljivost i asertivnost, odnosno negativni afektivitet može biti rizičan faktor za pojavu usamljenosti, zato što može ostavljati negativan dojam na druge i odbijati ih od mogućeg bliskog druženja” (Lacković-Grgin 2008, 21). Psihodinamski pristup je jedan od najčešće kritiziranih teorijskih pristupa usamljenosti jer ne uzima u obzir demografske prediktore usamljenosti kao što su dob, spol i socijalni status (Donaldson i Watson 1996 u Skaff 2007, 9).

2.5 Tipovi usamljenosti

Prema Vanhalstu i sur. (2015 u Huang i sur. 2016), postoje dvije sukobljene perspektive usamljenosti. „Prvi sukob je označen kao *usamljenost-održavanje perspektive* koji tvrdi da usamljenost smanjuje osjetljivost na potencijalne koristi od situacija koje zadovoljavaju potrebu za pripadnošću.“ U prilog navednoj perspektivi govore neka prethodna istraživanja koja su ukazala na štetan utjecaj usamljenosti na socijalno funkcioniranje pojedinca (Uchino 2006, 377; Twenge i sur. 2007; Hawkey i Cacioppo 2010; Shor i Yogev 2013, 626). Drugi sukob je označen kao *usamljenost-redukcijska perspektiva* koji tvrdi da frustrirana potreba za pripadnošću daje poticaj pojedincima da se socijalno uključe i povećaju potrebno zadovoljstvo (Vanhalst i sur. 2015 u Huang i sur. 2016). Studije Shaleva i Bargha (2015) te Clarka i sur. (2015) daju podršku ovoj perspektivi s obzirom da usamljeni pojedinci vrlo vjerojatno pamte informacije vezane za međuljudske odnose ili kolektivne društvene veze, odnosno usamljeni pojedinci su motiviraniji da ostvare nove društvene veze. Dakle, usamljenost ponekad može biti promatrana i doživljena kao

bijesa. Neka istraživanja potvrđuju povezanost hostilnosti s kardiološkim oboljenjima i kraćim životnim vijekom. Hostilnost se pokazuje rizičnim faktorom za suicid u starijoj životnoj dobi (Plavšić 2012, 26).

pozitivno iskustvo u kojem pojedinac nastoji ostvariti aktivniji društveni život. Tako Lacković-Grgin (2008, 23) navodi da „istinska usamljenost može biti kreativna snaga koja unapređuje život i potiče promjene ponašanja za razliku od anksiozne usamljenosti koja je zapravo obrambeni mehanizam koji čovjeku otežava suočavanje s važnim životnim pitanjima“. S obzirom na vremensku perspektivu u literaturi se spominje situacijska, kronična i prolazna usamljenost (Tiwari 2013). „Situacijskoj usamljenosti doprinosi društveno-ekonomski i kulturni milje s obzirom da slijedi iza nekog stresnog događaja kao što je, npr. smrt bliske osobe, prekid ljubavne veze, migracija stanovništva, nesreće, prirodne katastrofe ili sindrom praznog gnijezda“. Također, „povećani životni vijek i feminizacija starije populacije značajni su faktor u nastanku situacijske usamljenosti kod osoba ženskog spola. Ta je usamljenost praćena neugodnim emocijama i somatskim simptomima poput poremećaja spavanja, gubitka apetita, glavobolje i slično.“ (Tiwari 2013; Lacković-Grgin 2009, 49).

2.5.1 Socijalna i emocionalna usamljenost

U istraživanjima usamljenosti kod starijih ljudi u Europi učestalost kronične ili česte usamljenosti varira i može biti čak do 45% zastupljena, ovisno o mjerenjima, uzorku populacije i dobne skupine (Due i sur. 2018).

Weiss (1973 u Kozjak 2005, 4) govori o razlici emocionalne i socijalne usamljenosti, pri čemu „emocionalna usamljenost nastaje kao posljedica nedostatka intimne, romantične veze te je praćena anksioznošću, nemirom i osjećajem praznine, dok socijalna usamljenost nastaje kao rezultat nedostatka smislenog prijateljstva i zajedništva, a praćena je dosadom i osjećajem socijalne marginalnosti“.

Prema Masi i sur. (2011, 219), „većina ljudi koji se osjećaju usamljeno pokušava se riješiti samoće prije nego što ona postane ekstremna i to najčešće ostvarivanjem novih društvenih veza“. Naime, starije osobe suočavaju se s brojnim izazovima kako bi ostale društveno aktivne, ali nedavna istraživanja (Buchman i sur. 2009; Buchman i sur. 2010; Cattan i sur. 2011; Segrin i Domschke 2011, 221; Shankar i sur. 2011, 377) pokazuju veliku raznolikost u dobnim promjenama i zadovoljstvu socijalnim životom. Društveni odnosi i socijalna integracija ključni su za emocionalno ispunjenje i razvoj tijekom života (Hughes i sur. 2004 u Beutel i sur. 2017), pri čemu izvor zadovoljstva i socijalne podrške starijima čine društvo i emocionalna potpora njihove djece, rođaka i prijatelja s kojima starije osobe uživaju u zajedničkom provođenju vremena, znajući da uz sebe imaju dobro poznate osobe

kojima se mogu obratiti za pomoć ukoliko se za time ukaže potreba (Zahawa i Bowling 2004 u Vuletić i Stapić 2013, 46). Promjene tijekom života kao što su odlazak u mirovinu, smrt supružnika, braće, sestara, prijatelja, bolest, smanjenje prihoda i veća zavisnost mogu dovesti do gubitka društvenih uloga (Weiss 2005, 78; Vuletić i Stapić 2013, 46) pa starije osobe mogu ograničeno participirati u društvenim aktivnostima (Li i Ferraro 2006, 497; Hawkley i sur. 2009, 354). U prilog navedenome govore mnoga istraživanja koja su pokazala kako su niže razine usamljenosti povezane s brakom (Hawkley i sur. 2005; Smith 2002, 6), višom razinom obrazovanja, višim materijalnim statusom (Savikko i sur. 2005, 223), religioznosti i socijalnom podrškom (Cummings i sur. 2003, 23), a povišena razina usamljenosti povezana je sa samačkim kućanstvom (Routasalo i sur. 2006, 181), nedovoljnim socijalnim kontaktima s prijateljima i obitelji (Hawkley i sur. 2005, Routasalo i sur. 2006, 181; Mushtaq i sur. 2014), narušenim zdravstvenim stanjem (Cacioppo i sur. 2002; Hawkley i sur. 2009; Segrin i Passalacqua 2010; Hawkley i sur. 2010; Shankar i sur. 2011; Segrin i Domschke 2011, 221), niskim socioekonomskim statusom (Savikko i sur. 2005, 223), kroničnim stresom na poslu i okolini, nedostatkom povjerenja u braku (Hawkley i sur. 2009, 378). Također, Dean i sur. (1990 u Ajduković i sur. 2013, 153) navode kako su najčešći istraživani psihološki i socijalni čimbenici rizika za pojavu depresije u starijoj životnoj dobi vezani „uz gubitak uzrokovan smrću bliske osobe ili bračnog partnera, odvojenost od bliskih osoba, selidbe u udaljenija mjesta, gubitak socijalne uloge, gubitak socijalnog statusa (nakon umirovljenja) te gubitak stvarne ili percipirane emocionalne ili socijalne potpore“.

Luo i sur. (2012) su utvrdili da usamljenost predstavlja rizični faktor za morbiditet i mortalitet te predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Istraživanje koje su proveli Holt-Lunstad i sur. (2010, 9) pokazalo je da je usamljenost izravno povezana s mortalitetom, vjerojatno zato jer usamljenije osobe više boluju od kroničnih bolesti (Thurston i Kubzansky 2009). Naime, „kronične bolesti su često prediktori usamljenosti kod starijih osoba, jer onemogućavaju da se starije osobe aktiviraju u različitim društvenim aktivnostima i provode svoje hobije kojima se u mladosti nisu imali vremena baviti“ (Arslantaş 2015). Kao što je ranije u tekstu navedeno, usamljenost je značajan stresor i poznat uzrok mnogih kroničnih zdravstvenih problema u različitim populacijama te „uzrokuje pad funkcionalnosti i porast smrtnosti u velikim uzorcima starijih osoba iz više različitih kultura“ (Hughes i sur. 2004; Lenze i sur. 2005; Department of Health 2012, 15; Perissinotto i sur. 2012; Steptoe i sur. 2012; Theeke i sur. 2015, 416). Naime, kada ljudi ulaze u starosno razdoblje, mogu doživjeti određene probleme i nedostatke kao što su

„regresija u kognitivnom i fizičkom funkcioniranju“ (Adams i sur. 2004, 476) koje za posljedicu dovode do opadanja produktivnih uloga, smanjenja ili gubitka međuljudske interakcije što pak dovodi do usamljenosti. Naime, kada stari ljudi odu u mirovinu često postaju „amortizirani“ te se „njihovo dugogodišnje iskustvo uglavnom ne koristi, a njihova daljnja uloga svodi se na obavljanje kućanskih poslova, čuvanje unuka, a financijska situacija im se znatno pogoršava“ (Špan 2013, 235), narušava se slika o samome sebi (Singh i Misra 2009, 51) te smanjeno sudjeluju u različitim društvenim aktivnostima (Victor i sur. 2000). Tako Carl Rogers (u Bognar i Simel 2013) smatra da dobar život ne podrazumijeva stanje sreće, zadovoljstva, blaženstva, već je to život koji podrazumijeva sve veću sadržajnost, povjerenje u sebe i svoje mogućnosti te predstavlja proces potpunijeg funkcioniranja.³⁴

2.6 Prediktori usamljenosti kod starijih osoba

Relativno je malo istraživanja o prediktorima usamljenosti s obzirom na socijalnu i emocionalnu dimenziju usamljenosti (Dahlberg i McKee 2014). Stoga će u ovom dijelu teksta biti opisani prediktori usamljenosti koje ćemo obuhvatiti u istraživanju, a odnose se na sociodemografske karakteristike kao što su dob, spol, bračno stanje, socioekonomski status, mjesto stanovanja (institucija ili vlastito domaćinstvo, grad ili selo), društveni odnosi, samopoštovanje i samozbrinjavanje.

2.6.1 Dob i usamljenost

Trend sve manjeg broja djece u obiteljima i odvojeno stanovanje odrasle djece i njihovih ostarjelih roditelja predstavlja realnu opasnost da će sve veći broj starih osoba živjeti osamljeno i u društvenoj izolaciji (Podgorelec i Klempić 2007, 121). „Tijekom formalnog obrazovanja mladi su usmjereni na interakcije s vršnjacima i ostalim članovima akademske zajednice jer im interpersonalne veze pružaju brojne informacije, osiguravaju zajedničke aktivnosti i pružaju emocionalnu podršku, a to im je tada potrebnije nego u starijoj životnoj dobi.“ (Lacković-Grgin 2008, 89-90). Također, autorica navodi kako je ranija literatura o

³⁴Fenomenološko gledište Carla Rogersa potječe od njegovog kliničkoga rada s odraslim osobama pri čemu je tragao za aktualnim iskustvima koja stvaraju usamljenost (Bognar i Simel 2013, 141).

starijim osobama i usamljenosti obilovala stereotipima da su stariji ljudi usamljeniji u odnosu na mlađe. Železnik i sur. (2016, 14) navode „da je u današnje vrijeme, kada je u prvom planu neizravna komunikacija, usamljenost došla u središte pozornosti kod mladih i kod starih osoba“. Tako Lacković-Grgin (2008, 91) navodi: „Kad se analiziraju uzorci starijih osoba kod kojih je zamijećen porast usamljenosti, vidi se da je taj porast veći među udovcima/udovicama i osobama lošijeg zdravstvenog stanja nego među oženjenima/udanima i dobrog zdravstvenog stanja. Prevalencija i intenzitet usamljenosti varira u odnosu prema dobi.“ U literaturi se često mogu pronaći stereotipi da je usamljenost najučestalija među starijom populacijom, no usamljenost je najčešća kod adolescenata, osoba mlađe životne dobi te najstarije dobne skupine iznad 80 godina (Cacioppo i sur. 2006). Usamljenost je prisutna kod oko „80% populacije ispod 18 godina te oko 40% populacije iznad 65 godina starosti“ (Mushtaq i sur. 2014). Precizniji uvid u dobne promjene u usamljenosti kod starijih dala je studija „Bangor Longitudinal Study of Ageing“ (Wenger i Burholt 2004, 115) koja je provedena u ruralnom području Walesa od 1979. do 1991. godine. Rezultati navedene studije pokazali su da je „postotak visoko izoliranih i visoko usamljenih stabilno mali, a postotak umjereno izoliranih i umjereno usamljenih raste s dobi“. Slična studija provedena na Sveučilištu Tempere u Finskoj (Jylha 2004, 157) pokazala je da usamljenost raste s dobi, ali je longitudinalna analiza navedene studije pokazala da se to događa samo u višoj životnoj dobi.

2.6.2 Spol i usamljenost

Komparativno istraživanje usamljenosti odraslih ispitanika koje su proveli Rokach i sur. (2001, 17) pokazalo je da „kod kanadskih ispitanika nema spolnih razlika u usamljenosti“, a kod „hrvatskih ispitanika pokazalo se da su žene usamljenije u odnosu na muškarce, pri čemu hrvatske ispitanice uzroke svoje usamljenosti vide u nezadovoljavajućim interpersonalnim odnosima“ (Rokach i sur. 2000, 6). Također, rezultati istraživanja koje su proveli Cacioppo i sur. (2009) pokazali su da je usamljenost češća kod žena u odnosu na muškarce. Heikkinen i Kaupinnen (2004, 239) također su utvrdili statistički značajan porast usamljenosti kod žena u dobi od 80 i 85 godina. Navedeno možemo objasniti time da su žene u istraživanjima spremnije priznati postojanje osjećaja usamljenosti jer ih se ne stereotipizira slabima kao što je to s muškarcima, a u prilog navedenome govori istraživanje koje su proveli Lau i Gruen (1992, 182) te navode da su „usamljeni muškarci značajnije stigmatizirani nego usamljene žene“. Također, u navedenom istraživanju

pokazalo se da su se žene, koje su bile u ulozi promatrača usamljenih osoba, pokazale značajno kritičnijima prema usamljenim osobama od muških promatrača. Novije istraživanje koje su proveli Torres i sur. (2015) na 638 sudionika okarakteriziralo je starenje pozitivnim stereotipima (znanje i iskustvo), a odlazak u mirovinu pokazao se izrazito negativnim za ispitanike muškog spola upravo zbog izjava osjećaja usamljenosti. Nadalje, istraživanje koje su proveli Dahlberg i sur. (2015) pokazalo je kako su udovištvo, depresija, smanjena mobilnost te otežana pokretljivost prediktori za pojavu usamljenosti kod žena, a smanjeni socijalni kontakti su prediktori usamljenosti za muškarce. Istraživanje koje su proveli Fowler i Christakis (2008) pokazalo je da je pojavnost usamljenosti ipak češća kod žena u odnosu na muškarce. Navedene rezultate možemo obrazložiti činjenicom da žene lakše i češće pokazuju i dijele emocije u odnosu na muškarce (Hawkley i sur. 2005). Cutrona (1982 u Lacković-Grgin 2008, 87) navodi da su žene usamljenije u intimnim i prijateljskim odnosima (emocionalna usamljenost), a muškarci u socijalnim odnosima u grupi (socijalna usamljenost).

2.6.3 Bračno stanje i usamljenost

„Analize brojnih prediktora zadovoljstva životom odraslih osoba nedvosmisleno pokazuju da je bračni status najjači prediktor subjektivne dobrobiti.“ (Penezić 2006, 125; Karraker i Latham 2015). Bračni status povezan je sa smanjenim mortalitetom, tj. povezan je s produženim životnim vijekom od čak deset godina (Clouston i sur. 2014). Također, utvrđeno je da su oženjeni i oni u trajnoj izvanbračnoj vezi manje usamljeni od samaca, razvedenih i udovaca (DeJong-Gierveld 1987 u Lacković-Grgin i sur. 2009, 8; Dykstra 2009) jer bračni partneri i odrasla djeca pružaju sve vrste neformalne potpore (Babić i sur. 2004, 233), a braća i daljnja rodbina osiguravaju uglavnom emocionalnu potporu (Podgorelec i Klempić 2007, 123).³⁵ Bračno zadovoljstvo jedan je od najvažnijih čimbenika emocionalne stabilnosti koja utječe na postizanje životnih ciljeva, pri čemu bračno zadovoljstvo može biti rezultat triju čimbenika: opće zadovoljstvo bračnim životom, seksualno zadovoljstvo i emocionalno zadovoljstvo (Thompson i sur. 2011). Tako fizičko, emocionalno i mentalno zdravlje ovisi o bračnoj stabilnosti i održivosti braka (Thompson i sur. 2011). Istraživanje koje su proveli Holt-Lunstad i sur. (2007, 278)

³⁵ Neformalne oblike skrbi čine njega i skrb koju svojim ostarjelima pružaju na prvome mjestu članovi obitelji (bračni partner, odraslo dijete, drugi članovi obitelji), ali i prijatelji te susjedi kao emocionalnu, informativnu i praktičnu potporu (Podgorelec i Klempić 2007, 123).

pokazalo je da „su ambivalentni osjećaji u odnosu s partnerom značajniji prediktor usamljenosti u odnosu s bračnim partnerom, nego ravnodušni osjećaji (umjerena pozitivnost i negativnost)“.³⁶ Bračno zadovoljstvo pruža osjećaj sreće, radosti i zadovoljstva u životima supružnika, što povećava mentalno i tjelesno zdravlje žena, njihovih muževa i djece, kao i lakšeg suočavanja sa stresnim životnim situacijama (Yoshany i sur. 2017). Čimbenici koji utječu na bračnu prilagodbu mogu se svrstati u tri kategorije: osobni čimbenici (dob, fizičke karakteristike i sl.), situacijski čimbenici (dohodak, socijalne klase, obrazovanje i kultura) i životni događaji (predbračni odnosi, stresni i rizični događaji poput menopauze)(Yoshany i sur. 2017.).

Zanimljivo je da bračni život starijih osoba pozitivnije djeluje i na kvalitetu spavanja (Ailshire i Burgard 2012, 248; Burgard i Ailshire 2013, 51; Chen i sur. 2015, 356). Međutim, u doba menopauze kod žena javlja se široki raspon simptoma poput vrtoglavice, brzog i nepravilnog rada srca, vaginalne atrofije, iritabilnosti mokraćnog mjehura, promjene raspoloženja, poremećaji spavanja, glavobolje, bolovi u mišićima i zglobovima te poteškoće u koncentraciji i pamćenju (Heidari i sur. 2017) što se svakako može negativno odraziti i na zadovoljstvo bračnim životom.

Lacković-Grgin (2008, 95) navodi da „smrt bračnog partnera na članove socijalne mreže udovca djeluje centripetalno, odnosno okupljaju se prijatelji i rođaci te pružaju emocionalnu i instrumentalnu podršku, a rastava braka na socijalnu mrežu djeluje centrifugalno, prijatelji i rođaci se povlače i ponekad se trajno udaljuju i prekidaju vezu, posebice sa ženama“. Jones i Heb (2003, 41) navode kako je „socijalna podrška partnera, koja se izražava u pravilnoj raspodjeli odgovornosti za bračnu zajednicu, negativno povezana s usamljenošću, posebice u teškim životnim situacijama“. Kada je riječ o smrti supružnika, za drugog supružnika financijska, domaćinska i emocionalna odgovornost se i više nego udvostručuje, pri čemu su ljutnja, depresija, beznade, usamljenost i osjećaj socijalne izolacije najvažniji osjećaji supružnika koji je izgubio izvor emocionalne podrške (Rusac i sur. 2016, 61-62). „Smrt supružnika može biti posebno teška u slučaju jasne podjele tradicionalnih spolnih uloga u vezi kada je jedan partner nepripremljen na preuzimanje zadataka koji su nužni da bi se održavalo domaćinstvo. Tako je udovištvo za većinu starijih osoba daleko više od emocionalnog gubitka žene ili muža, ono obično znači duboku promjenu življenja koja nije slobodno izabrana ni željena, oduzimanje

³⁶ Ambivalentnost označava istovremeno postojanje sasvim suprotnih osjećaja ili stavova u odnosu na neku situaciju, osobu, ideju ili predmet kod jedne osobe. Izraz je oformio Eugen Bleuler (u Holt-Lunstad 2007, 278).

svakodnevnih aktivnosti interakcija, gubitak budućnosti koju su zajedno planirali, blizinu završetka života, a često i gubitak identiteta i životnog smisla.”(Rusac i sur. 2016, 62).

Nadalje, istraživanjem koje su proveli Kovačić i Nekić (2003 i 2004 u Lacković-Grgin i sur. 2009, 11) „utvrđene su visoke korelacije među dimenzijama kao što su interpersonalno ponašanje (samostišavanje, briga za požrtvornost), standardi negativnog prosuđivanja sebe (eksternalizirano samoopažanje) te fenomenologija depresije (podijeljeno ja)“.³⁷ Navedeni autori su faktorskim analizama dobili skalu koja mjeri samostišavanje koje pozitivno korelira s depresivnošću, zaokupljenim stilom privrženosti i sa zadovoljstvom bračnim odnosom.³⁸ „Starije osobe koje žive same, tzv. sindrom praznog gnijezda, pokazuju veću razinu usamljenosti, niže fizičke i mentalne sposobnosti u odnosu na starije osobe koje žive s više ukućana.“ (Liu i Guo 2007). Kada govorimo o razlikama s obzirom na obrazovanje i spol, istraživanja koja je provela Corsini (2010, 3) pokazala su kako je životni vijek kraći među starijim osobama nižeg obrazovnog statusa, a te su razlike izraženije kod muškaraca nego kod žena. Lacković-Grgin i sur. (2009, 13) proveli su istraživanje na 185 udanih žena s ciljem utvrđivanja povezanosti dimenzija kvalitete bračnog odnosa s emocionalnom i socijalnom usamljenosti.³⁹ Rezultati regresijskih analiza pokazali su da postoji umjerena značajna povezanost između dimenzija bračnog odnosa i emocionalne i socijalne usamljenosti kao i samostišavanja te da su prediktori emocionalne usamljenosti u ljubavi upravo zadovoljstvo bračnim odnosom i prisnost. Istraživanjem koje su proveli Marqelisch i sur. (2015, 2) utvrdili su kako je bračno zadovoljstvo starijih osoba povezano sa zdravljem i osjećajem dobrobiti što se svakako reflektira na kvalitetu života u starijoj životnoj dobi.

2.6.4 Socioekonomski status i usamljenost

„Dva najčešće korištena indikatora socioekonomskog statusa su obrazovanje i materijalno stanje.“ (Kozjak 2005, 10). Istraživanje Pinquarta i Sörensóna (2001, 245), koje je provedeno na starijim ispitanicima (odraslim osobama i osobama starije životne dobi),

³⁷ Interpersonalno ponašanje označava ponašanje pojedinca kojemu je pripadanje socijalnoj kategoriji manje važno od konstelacije individualnog i interpersonalnog odnosa (Lacković-Grgin, Nekić i Penezić 2009, 11).

³⁸ Prema Crowley (1991) samostišavanje je konstrukt koji označava kognitivne sheme kreiranja i održavanja bliskog odnosa na način da žena bude pasivna, da zatomi svoje osjećaje i misli.

³⁹ Pod pojmom bračni odnosi ispitala se: seksualna intimnost, konflikti, prisnost, komunikacija, pravednost te zadovoljstvo bračnim odnosom.

pokazalo je negativnu povezanost obrazovanja i visine primanja s usamljenošću. Weiss je 1973. (u Cosan 2014, 105) izjavio kako su siromašne osobe sklonije javljanju osjećaja usamljenosti. Zanimljivo je kako Weissove tvrdnje nisu podudarne s Durkheimovim istraživanjem 1951. o suicidu, odnosno Durkheim je istraživanjem ustvrdio da su žene i osobe višeg imovinskog statusa sklonije suicidalnosti u odnosu na siromašne i osobe muškog spola (Cosan 2014, 105). Istraživanje koje je proveo Oshio (2018) potvrdio je kako razlike u obrazovanju utječu na zdravlje u kasijem životu, odnosno osobe s višom razinom obrazovanja su bolje informiranije te su sklonije redovitim zdravstvenim pregledima. Nadalje, „socioekonomskim statusom uvjetovana je i percepcija starenja, odnosno nedostatak materijalnih sredstava za život može dovesti do negativne percepcije starenja, a dostatna materijalna sredstva mogu dovesti do pozitivne percepcije starenja zbog toga što starije osobe s više materijalnih sredstava imaju više prilika za uključivanje u različite društvene aktivnosti i osjećaju se društveno korisnima“ (Zhao i sur. 2017). Međutim, neka istraživanja su pokazala da su viša materijalna sredstva i viša obrazovna postignuća povezana s negativnom percepcijom starenja zbog relativnih gubitaka uzrokovanih umirovljenjem (Zhao i sur. 2017). Zanimljivo istraživanje koje su proveli Moor i sur. (2013) pokazalo je kako su materijalna sredstva članova obitelji značajni čimbenici koji utječu na vlastita sredstva, tjelesno zdravlje i kvalitetu života starijih osoba. Međutim, urbanizacija, industrijalizacija i modernizacija društva oslabile su obiteljsku, rodbinsku, prijateljsku i dobrosusjedsku potporu koja je nekoć bila karakteristični način života (Podgorelec i Klempić 2007, 112). Također, negativni demografski trendovi doveli su do smanjene stope nataliteta i smanjene stope mortaliteta te je time povećan broj osoba starije životne dobi, pri čemu je narušen piramidalni odnos strukture stanovništva s malim brojem starijih osoba na vrhu i velikim brojem novorođenih i djece pri dnu prema više vertikalnoj strukturi s mnogo starijih ljudi koji još žive, a sve manje novorođenih i djece (Moor i Komter 2012). U prilog navedenom govore i podaci Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (2017) koji ističu kako je broj umirovljenika u odnosu na osiguranike 1:1,20. Iz navedenih podataka evidentno je kako se broj umirovljenika i radno aktivnog stanovništva gotovo izjednačio. Stoga ne čudi da su u RH velik problem niske mirovine. Matica umirovljenika Hrvatske (2013) navodi kako su „niske mirovine sveprisutni problem s kojim se suočavaju starije osobe u Hrvatskoj, pri čemu čak 77,5 % umirovljenika prima mirovinu koja iznosi 1.680 kn mjesečno“, a „minimalna potrebna mjesečna plaća s kojom osoba može samostalno preživjeti u RH iznosi 4073,99 kn“ (Državni zavod za statistiku 2007 u Podgorelec i Klempić 2007, 122).

2.6.5 Društveni odnosi i usamljenost

Društveni odnosi važni su ljudima svih dobnih skupina te utječu na kvalitetu života, morbiditet i mortalitet (Due i sur. 2018).

S obzirom da starija životna dob može predstavljati izazov u promjeni uloga kao što su postajanje bake i djeda, odlazak u mirovinu, smrtni slučajevi bliskih osoba te potencijalno smanjenje društvenih mreža (Dahlberg i sur. 2015), može i ugroziti odnosno spriječiti stvaranje novih prijateljstava i održavanje postojećih odnosa (Pikhartova i sur. 2016). Tako su društveni i obiteljski odnosi ključni elementi kvalitete života starijih osoba te zauzimaju drugo mjesto po važnosti, odmah iza zdravlja (Health Quality Ontario 2008).

„Socijalne mreže su objektivni pokazatelji socijalnih odnosa koji govore o tome s kime pojedinac održava veze, ali ne i o kvaliteti odnosa koja se najčešće procjenjuje konceptom socijalne podrške“ (Antonucci 2001 u Dobrotić i Laklija 2010, 41).⁴⁰ „Najpoznatija tipologija povezana s prirodom deficita u odnosima s drugima je Weissova tipologija usamljenosti u kojoj Weiss navodi kako se emocionalna usamljenost pojavljuje zbog nedostatka bliskosti u vezi i može se riješiti reintegracijom postojeće veze u novi emocionalno privrženi odnos“ (Lacković-Grgin 2008). Za razliku od emocionalne usamljenosti „socijalna usamljenost nastaje zbog neuključenosti u socijalnu mrežu, a pojavljuje se kod preseljenja na drugo mjesto čak i kada osoba ima bliskoga partnera, ali joj nedostaju prijatelji i poznanici“ (Weiss 1973 u Lacković-Grgin 2008). Međutim, nešto drugačije rezultate dobili su Routasalo i sur. (2006, 181) na 6.786 ispitanika starijih od 74 godine u Finskoj. Rezultati su pokazali da je više od trećine ispitanika (39,4%) patilo od usamljenosti. Osjećaj usamljenosti nije bio povezan s učestalošću kontakata s djecom, nego s očekivanjima i zadovoljstvom tih kontakata. Usamljenost, osim na loše psihičko funkcioniranje, djeluje i na tjelesnu, odnosno fizičku dobrobit te ukupnu dugovječnost (Uchino 2006, 377; Shor i Yogev 2013, 626). Dakle, starije osobe su osjetljive na gubitak ili smanjenje društvenih mreža zbog niza čimbenika povezanih sa životnim promjenama i gubitcima kao što su odlazak u mirovinu, gubitak voljenih osoba, narušeno zdravlje, povećanje invalidnosti, otežano kretanje, gubitak osjeta i slično (Cohen-Mansfield i

⁴⁰ Socijalne veze odnose se na niz međusobnih interakcija u koje spadaju socijalne mreže i socijalna podrška (Dobrotić i Laklija 2010, 41). Socijalne mreže čine polje formalnih i neformalnih odnosa pojedinca unutar kojih se omogućuje razmjena usluga, informacija i drugih dobara (Mandič i Hlebec 2005 u Dobrotić i Laklija 2010, 41).

Parpura-Gill 2007).

Pinquart i Sörensen (2003, 245) navode kako je usamljenost usko povezana s kvalitetom odnosa dok je kvantiteta odnosa od manjeg značaja za pojavnost usamljenosti. Iz psihološke perspektive učestalost kontakata s obitelji, rodbinom i socijalna podrška manje su važni od percepcije i vrednovanja starije osobe o kvaliteti navedenih odnosa (Smith 2002, 6). Petersen i sur. (2015) navode kako je za socijalnu i kulturnu angažiranost starijih osoba bitno da provode vrijeme izvan svojih domova kako bi se smanjila pojavnost usamljenosti. Međutim, provođenje vremena izvan svog doma je kompleksna aktivnost za koju je potrebna zadovoljavajuća fizička i mentalna sposobnost (Wahl i sur. 2012; Suzuki i Murase 2010; Petersen i sur. 2013) koju ne mogu prakticirati sve osobe starije životne dobi. Međutim, Dobrotić i Laklija (2010, 46) su istraživanjem na 8114 punoljetnih ispitanika pokazali kako su najvažniji prediktori učestalosti kontakata unutar društvenosti: spol, dob, život s partnerom, veličina kućanstva i naselja te visina dohotka. Također, navedeno istraživanje je pokazalo da „praktična podrška primarno počiva na obitelji, a u slučaju potrebe za emocionalnom i financijskom podrškom ispitanici se, uz obitelj, obraćaju i prijateljima. Kod emocionalne podrške učestalija je i percepcija podrške susjeda, dok u slučaju potrebe za financijskom podrškom ispitanici navode kako se nemaju komu obratiti“ (Dobrotić i Laklija 2010, 46). Smanjenju socijalnih interakcija starih osoba značajno doprinose vanjske okolnosti . „Neki teoretičari smatraju da smanjenje socijalnih interakcija nije potaknuto od starih nego je rezultat utjecaja zajednice i vanjskih okolnosti, pri čemu osobe koje se se ponašaju prema ovome modelu uspješno nadomještaju uloge izgubljene umirovljenjem ili smrću supružnika novim ulogama. Tako njihovo ponašanje više sličí aktivnostima sredovječnih nego starih“ (Lepan i Leutar 2012, 205). Aktivnosti u koje se starije osobe mogu uključiti su raznolike (Lepan i Leutar 2012, 205):

- neformalne aktivnosti (uspostavljanje socijalnih veza s prijateljima, susjedima i rođacima)
- formalne aktivnosti (aktivnosti u raznim dobrovoljačkim grupama)
- solitarne aktivnosti (održavanje domaćinstva, odmaranje)
- intimne aktivnosti (više doprinose potkrepljenju i životnom zadovoljstvu te ponovnom uspostavljanju važnih uloga i percepcija sebe s drugim važnim osobama).

Međutim, gubitak društvenih uloga (prvenstveno radi odlaska u mirovinu) koje su u prvom redu djelovale na aktivnost pojedinca najčešće dovode do gubitka motivacije za bilo kakvu aktivnost, odnosno što je društvena motivacija bila veća, to je teže pojedincu naći

sukladne motive nakon gubitka radne uloge (Brajković 2010).

2.6.6 Mjesto stanovanja i usamljenost

Postoje oprečna razmišljanja kada govorimo o povezanosti usamljenosti s mjestom i uvjetima stanovanja. Urbana i ruralna naselja se razlikuju po prometnoj povezanosti s drugim naseljima ili gradovima. Urbani prostori postaju sve razvijeniji kako bi se zadovoljile potrebe bogatih, mlađih potrošača, stoga određena urbana područja više nisu pogodna za održavanje socijalnih odnosa koji mogu zaštititi starije osobe od socijalne izolacije, usamljenosti i time olakšati mentalno zdravlje starijih osoba (Scharf i de Jong Gierveld 2008, 103). Phillipson (2007) i Galea i sur. (2005) navode kako život u gradskim četvrtima zbog neadekvatnog okoliša često dovodi do narušenog mentalnog zdravlja i depresije starijih osoba. Procesi povezani s globalizacijom ostavljaju posljedice na gradska područja te pojačavaju potrebu za rješavanjem odnosa između starijih ljudi i urbanih sredina (Buffel i sur. 2012, 601). Upravo zbog navedenog problema, velika pažnja se pridaje stvaranju takozvanih *Age-Friendly Cities* iniciranih od strane Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization 2007) kako bi se potaknulo zdravo aktivno starenje.⁴¹ Projekt je pokazao da je, osim vanjskog uređenja okoliša i prilagođenosti zgrada, itekako bitna socijalna uključenost. Naime, korištenje slobodnog vremena putem društvenih, duhovnih i kulturnih aktivnosti u zajednici doprinosi stvaranju osjećaja samopoštovanja, poštovanja prema drugima, ostvarivanja novih poznanstava i prijateljstava, informiranja te poticanja društvene integracije (World Health Organization 2007, 38-39). Što se tiče života u ruralnim dijelovima, starije osobe se i u tim područjima suočavaju s određenim barijerama poput rasprostranjenog siromaštva, loše socioekonomske infrastrukture, nedostatka javnog prijevoza, ograničenog broja primarne zdravstvene zaštite i slično (Iezzoni i sur. 2006).

Što se tiče prevalencije usamljenosti institucionaliziranih starijih osoba, vjeruje se da je usamljenost posljedica dugoročne skrbi (Valtorta i Hanratty 2012). U prilog navedenom

⁴¹ U projektu *Age-Friendly Cities* sudjelovala su 33 grada iz cijeloga svijeta. Starije osobe su trebale navesti glavne nedostatke, prijedloge za poboljšanje života u urbanim sredinama. Rezultati su pokazali da su starijim osobama za zdravo aktivno starenje u gradu bitna sljedeća polja: vanjski prostor i građevine, transport (prijevoz), stanovanje, socijalna uključenost, poštovanje i socijalna inkluzija, građansko sudjelovanje i zapošljavanje, komuniciranje i informiranje te dostupnost zdravstvenih usluga (World Health Organization 2007).

govori studija koju su proveli Drageset i sur. (2011) te ustvrdili kako je više od polovice korisnika staračkih domova, koji nisu imali nikakva kognitivna oštećenja, izjavilo da se osjećaju usamljeno. Naime, starije osobe koje ne žive u svojim kućama, već su institucionalizirane, često bivaju kategorizirane kao nemoćne i nesamostalne, odnosno ako je osoba smještena u dom za starije i nemoćne, „ona je automatski gledana kroz prizmu nedostataka/slabosti, a ne očuvanih sposobnosti, a identitet te iste osobe se gubi, jer je klasificirana na temelju zajedničkih obilježja grupe u kojoj se nalazi“ (Palmore 2001 u Lacković-Grgin 2008). Glavni problem smještaja u dom za starije i nemoćne je u činjenici da je starija osoba izdvojena iz svoje fizičke i socijalne sredine te na taj način može doživjeti stresne događaje kao što su gubitak supružnika, rodbine i prijatelja koji mogu biti razlog pojave usamljenosti (Drageset i sur. 2015), zbog toga je prilikom smještaja u ustanovu potreban prvenstveno njen dobrovoljni pristanak (Železnik 2010, 3). Ipak, u RH država igra relativno malu ulogu u skrbi o starijima, bilo kao „izravan nositelj ili financijer, a ako je staroj osobi potrebna pomoć, pruža ju na prvome mjestu obitelji“ (Podgorelec i Klempić 2007, 111), stoga zahtjevi za formalnom i neformalnom skrbi rastu.

Ljudi u starosti obično odlaze u mirovinu i suočavaju se s mogućnošću nastanka bolesti, a prema Burholtu i Scharfu (2014) „zdravlje ima značajan neizravan utjecaj na usamljenost kroz društvene participacije“. No, ne treba zaboraviti da je većina starih ljudi, čak i onih starijih od 80 godina, sposobna zadovoljavajuće se brinuti o sebi potpuno samostalno ili uz minimalnu pomoć drugih (Podgorelec i Klempić 2007, 111). Zanimljivo istraživanje proveo je Hank (2007), pri čemu je uspoređivao obiteljsku povezanost između skandinavskih, mediteranskih te europskih zemalja, pa je tako zaključio da su najniži, odnosno najrjeđi kontakti roditelja i djece u skandinavskim zemljama i Nizozemskoj, najučestaliji kontakti su u mediteranskim zemljama, a u europskim zemljama su srednje učestali kontakti. Nadalje, Hank i Buber (2009, 54) ističu važnost modela međugeneracijske solidarnosti pri čemu uloga bake ili djeda treba zauzeti središnje mjesto u skrbi za djecu, odnosno unuke. Potičući međugeneracijsku interakciju, omogućuje se korištenje preostalih sposobnosti starijih osoba te se sprečava ili smanjuje usamljenost.

2.6.7 Samopoštovanje i usamljenost

Samopoštovanje definiramo kao „rezultat formiranog pojma o sebi, odnosno kao

vrednovanje ili evaluaciju sebe“ (Jelić 2011, 444).⁴² Samopoštovanje je evaluativni aspekt samopoimanja čiji je začetnik William James i jedna je od ključnih osobina ličnosti (Družić Ljubotina i Ljubotina 2014, 87). Desetljećima je samopoštovanje viđeno kao „ekvivalent mentalnom zdravlju“ (Pyszczynski i sur. 2004, 435). Iako se još uvijek samopoštovanje smatra svojevrsnim pokazateljem psihičkog blagostanja, „danas su poznata i brojna disfunkcionalna ponašanja i pristranosti u kongnitivnom funkcioniranju u koja se ljudi upuštaju kako bi održali osjećaj visokog samopoštovanja“ (Klišmanić-Mrak 2014, 2). Prema Maslowljevoj teoriji motivacije (1943 u Oblačić i sur. 2015, 155) na četvrtoj razini nalazi se potreba za samopoštovanjem koja se može svrstati u dvije skupine: potrebu za samopoštovanjem (želja da se bude adekvatan, želja za postignućem moći, nezavisnošću, slobodom) i potrebu za poštovanjem drugih ljudi (želja za priznanjima, prestižem, ugledom, važnosti). Zadovoljenje ovih potreba nosi ugodan osjećaj samopouzdanja, vrijednosti, snage i kompetentnosti (Oblačić i sur. 2015, 156). Razina samopoštovanja koju netko ima utječe na razne domene života: mišljenje, emocije kao i reakcije na razne stresne životne događaje (Oblačić i sur. 2015, 156). „Utjecaj starenja na stvaranje pojma o sebi predmet je mnogih istraživanja, ali valjani zaključci o odnosu samopoštovanja i dalje nisu doneseni“ (Shaw, 2010, 84). Međutim, istraživanje Robinsa i sur. (2002, 423) potvrdilo je odnos dobi i samopoštovanja rezultatima koji ukazuju na „postupno opadanje samopoštovanja u djetinjstvu koje slijedi daljnje opadanje u adolescenciji da bi se samopoštovanje postupno povećavalo i došlo do vrhunca u odrasloj dobi i završilo oštrim padom u staroj dobi s početkom u 70-im godinama života“. Na samopoštovanje svakako utječe i socioekonomski status. To možemo potkrijepiti istraživanjem McMullina i Cairneya (2004, 75) koji su utvrdili da osobe s nižim ekonomskim statusom imaju značajno nižu razinu samopoštovanja, a pojedinci s višim socioekonomskim statusom izvještavaju o višoj razini samopoštovanja (Twenge i Campbell 2002 u Klišmanić-Mrak 2014, 4).

2.6.8 Samozbrinjavanje i usamljenost

„Samozbrinjavanje je svjesna, promišljena, samoinicijativna i svrhovita aktivnost

⁴² Samopoštovanje, samopouzdanje ili vjera u sebe označava u psihologiji evaluaciju ili dojam osobe o samoj sebi. Može se odnositi na lik i sposobnosti pojedinca, sjećanja na zbivanja iz prošlosti i vlastite percepcije. Samopoštovanje je i moralno-politička kategorija koja pojedincu omogućava da se založi za ostvarenje svojih prava (Jelić 2011, 444).

pojedinaca koja počiva na osobnim vrijednostima i ciljevima. Ona može učinkovito djelovati na unapređenje strukturalnog integriteta, funkcioniranje i razvoj osobe“ (Kalauz 2011, 30). Orem (1955 u Gavranić i sur. 2016, 149) navodi da je samozbrinjavanje naučeno ponašanje koje se rabi za zadovoljenje potreba.⁴³ Međutim, Železnik (2010, 4) navodi da „samozbrinjavanje nije samo naučena, svjesna radnja, nego je i dijelom podsvjesna oblikovana rutina“. Nadalje, Sundsli i sur. (2012) navode da je samozbrinjavanje višedimenzionalni koncept zdravlja koji može imati različite interpretacije pa tako kao zdravstveni resurs može promicati samodgovornost kao dio zdravstvene zaštite.

Kane i sur. (2003 u Štambuk i sur. 2012, 84) kvalitetu života definiraju kao multidimenzionalnu procjenu životnih iskustava te utvrđuju 11 područja kvalitete života: udobnost, sigurnost, funkcionalnu kompetenciju, odnose, ugodu, smislene aktivnosti, dostojanstvo, individualnost, privatnost, autonomiju i duhovnu dobrobit. Kontrola nad vlastitim životom je bitan prediktor zadovoljstva kvalitete života naglašavajući pri tom kontrolu nad vlastitim tijelom.

Istraživanje koje su proveli Hoy i sur. (2007, 716) pokazalo je kako je samozbrinjavanje presudno u skrbi starijih osoba te može biti odlučujući čimbenik za upravljanje svakodnevnim životom u vlastitim domovima. Također, utvrđeno je da „smanjena sposobnost samozbrinjavanja utječe i na smanjeno zadovoljstvo života starije osobe“ (Borg i sur. 2006, 607). U psihijatrijskoj literaturi zbog multimorbiditeta (prisutnost više dijagnoza) kao psihološke karakteristike starijih osoba najčešće se navode pad stvaralačkog i produktivnog mišljenja, smanjena prilagodba na nove situacije, pad koncentracije, pamćenja i pažnje, slabija motivacija, pri čemu se razvija pasivost i povlačenje što rezultira nastankom usamljenosti koja je danas jedan od glavnih problema među osobama starije životne dobi (Rusac i sur. 2016, 9).

Istraživanje koje su proveli Burholt i Scharf (2014, 311) pokazuje da „slabije zdravstveno

⁴³ Potrebe samozbrinjavanja Orem (1955 u Gavranić i sur. 2016, 150) dijeli u tri skupine: univerzalne potrebe samozbrinjavanja, razvojne potrebe samozbrinjavanja, potrebe samozbrinjavanja kod poremećaja zdravlja. Univerzalne potrebe su one aktivnosti koje svi pojedinci, bez obzira na životnu dob ili razvoj, trebaju za održavanje života i normalno funkcioniranje (zrak, voda, hrana, ravnoteža između aktivnosti i odmora, eliminacijski procesi, ravnoteža između samoće i društvene interakcije, sigurnost, funkcioniranje i razvoj unutar socijalnih skupina). Razvojne potrebe označavaju potrebe vezane uz razvojne procese i stanja koja se događaju tijekom životnog ciklusa. Potrebe samozbrinjavanja kod poremećaja zdravlja pojedinca odnose se na povećane zahtjeve u pojedinca koji zbog bolesti ili ozljede zahtijevaju medicinsku skrb.

stanje pojedinca ima negativniji utjecaj na socijalne participacije i društvene resurse“, a „nedovoljni društveni kontakti su ujedno povezani s nižim razinama zdravstvenog funkcioniranja“ (Cornwell i Waite 2009, 31) te upravo navedeni faktori posreduju između zdravlja i usamljenosti. U jednoj švedskoj studiji utvrđeno je da se starost i percepcija lošijeg zdravlja odnose na smanjenu sposobnost samozbrinjavanja (Soderhamn i sur. 2000, 361). Međutim, navedeno istraživanje nije u skladu s meta-analizama samozbrinjavanja starijih osoba na Tajlandu koje su proveli Klainin i Ouannapiruk (2010, 156). Naime, navedeni autori su utvrdili kako su zdravstveni status i cjelokupno zdravlje pozitivno povezani sa samozbrinjavanjem za razliku od sociodemografskih karakteristika kao što su dob, spol i obrazovanje koje pokazuju slabu povezanost sa samozbrinjavanjem. Byam-Williams i Salyer (2010, 115) utvrdili su kako žene starije životne dobi u samačkome domaćinstvu imaju općenito zdraviji stil života u odnosu na muškarce starije životne dobi te su izrazili zadovoljstvo društvenim mrežama i socijalnom podrškom okoline. Međutim, sa socijalnom izolacijom, usamljenošću i lošim ekonomskim uvjetima javlja se pothranjenost starijih osoba, posebice u dobi od 75 i više godina (Arai i Sakakibara 2015, 379) što svakako predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Samozbrinjavanje je pozitivno povezano s dobrim mentalnim zdravljem kao i visokom kvalitetom života u starijih osoba (Borglin i sur. 2006, 136). Nadalje, Bai i sur. (2009) navode da se „depresivna raspoloženja i osjećaj usamljenosti pronalazi kod osoba koje nemaju sposobnost samozbrinjavanja ili su njihove sposobnosti oslabljene, pri čemu ovise o pomoći druge osobe“. Bowling (2008 u Rusac i sur. 2016, 17) je ispitala kako starije osobe (N=337) opisuju aktivno starenje. Rezultati su pokazali kako starijim osobama aktivno starenje znači biti fizički zdrav i funkcionalno sposoban (43%), imati slobodno vrijeme i društvene aktivnosti (34%), biti mentalno zdrav i funkcionalan (18%) te imati/ostvarivati socijalne kontakte i odnose (15%). Upravo kod nemogućnosti samozbrinjavanja starijih osoba „skrbnici moraju biti svjesni svoje odgovornosti za identificiranje i mapiranje potreba kako bi se pružila odgovarajuća pomoć“ (Dale i sur. 2011), a time spriječila nepotrebna i neželjena ovisnost koja može nepovoljno djelovati na dignitet cijele osobe. Promičući samozbrinjavanje i deinstitucionalizaciju starijih osoba, potrebno je jačati međugeneracijsku interakciju. Međutim, još uvijek postoje zapreke u skrbi djece za svoje ostarjele roditelje jer se teško može uskladiti vlastiti posao, kojeg mlađe generacije imaju, s brigom o svojim starijim roditeljima (Schmidt i sur. 2012; Gautun i Bratt 2016).

S obzirom da smo u ovom istraživanju koristili Skalu samozbrinjavanja (Self-Care

Assessment) koja se sastoji od fizičke skrbi, psihološke skrbi, emocionalne skrbi i duhovne skrbi, u nastavku ćemo objasniti i njihov teorijski značaj.

Fizička skrb

S obzirom da se danas zagovara takozvano zdravo aktivno starenje, svakako je značajno govoriti o samozbrinjavanju kroz fizičku skrb. Tako nove percepcije starenja u današnjem „potrošačkom“ društvu potiču istraživanja preostalih potencijala i sposobnosti starijih kako bi što je duže moguće ostali društveno aktivni i produktivni te očuvali zadovoljavajuće zdravstveno funkcioniranje i smanjili ovisnost o drugima.

Starije osobe koje su svjesne važnosti samozbrinjavanja svojim aktivnostima u svakodnevnom životu ujedno i promiču i čuvaju svoje zdravstveno stanje, a s druge pak strane kada nemaju ili izgube sposobnosti i mogućnosti da skrbe sami za sebe, svjesni su da se mogu obratiti stručnjacima za pomoć i u konačnici potražiti domski smještaj (Pereira Machado i sur. 2016). „Za razliku od starijih osoba koje prakticiraju samozbrinjavanje, starije osobe koje nisu sklone samozbrinjavanju su najčešće one s oštećenjem sluha, vida, smanjene pokretljivosti ili potpune nepokretnosti, osobe s kognitivnim oštećenjima. Na taj način ne mogu se sami brinuti o sebi te postaju ovisni o tuđoj pomoći. Obično imaju negativan stav prema starenju i starosti i općenito se boje budućnosti, a u slučaju kada njihova obitelj predloži domski smještaj najčešće tom prijedlogu ne prigovaraju“ (Pereira Machado i sur. 2016).

Kada govorimo o fizičkoj skrbi, starije osobe se susreću sa značajnim životnim događajima, poput umirovljenja, zbog kojeg smanjuju razinu tjelesne aktivnosti (Smith i sur. 2017). Također, gubitak funkcionalnih sposobnosti zbog fizioloških promjena tijekom starenja utječe na smanjenu tjelesnu aktivnost. Tako su najznačajnije promjene, koje utječu na smanjenu sposobnost samozbrinjavanja na području fizičke skrbi, one lokomotornog sustava. Tjelesna visina kod starijih nastavlja se smanjivati (Berk 2008, 555), slabi mišićna snaga u rasponu od 20 – 50 % (Doherty 2003 u Plow i sur. 2013), smanjuje se koštana masa, posebice kod žena (Al-Azzawi i Palacios 2009), te se smanjuje snaga i fleksibilnost zglobova, tetiva i ligamenata (Berk 2008, 555). Stoga, fizička aktivnost često može predstavljati veliki napor starijim osobama, iako je dokazano da fizička aktivnost smanjuje usamljenost kod starijih osoba (Ehlers i sur. 2017). Dokazano je kako starije osobe koje imaju značajnu socijalnu i emocionalnu podršku ujedno pokazuju veću razinu tjelesne aktivnosti (Ehlers i sur. 2017). U fizičkoj skrbi starijih osoba, osim važnosti tjelesne

aktivnosti, bitna je i pravilna i redovita prehrana, uredan obrazac spavanja tijekom noći, odaziv na preventivne liječničke preglede, zadovoljavanje potrebe za seksualnom aktivnošću. Što se tiče prehrane, dobro je poznato da se unos hrane smanjuje s dobi, pri čemu se za svako desetljeće nakon pedesete godine starosti kalorijska vrijednost hrane smanjuje za oko 10 % (što odražava opće usporavanje metabolizma i postupni gubitak mišićne mase), ali se osnovne prehrambene potrebe ne mijenjaju s godinama (Nigam i Knight 2008). Međutim, sve češće se u literaturi spominje problem pretilosti starijih osoba koja je u kombinaciji sa sarkopenijom nazvana sarkopenična pretilost (Ezzat-Zadeh i sur. 2017). Zanimljivo je kako su tradicionalna vjerovanja bila da pretilost djeluje preventivno na nastanak osteoporoze (Ezzat-Zadeh i sur. 2017).

Poteškoća sa spavanjem, odnosno nesanicom čest je problem u općoj populaciji, a ne samo kod starijih osoba (Vozoris 2016). Međutim, kod starijih osoba jedan je od najčešćih poremećaja spavanja (Dragioti i sur. 2017). Simptomi nesаницe obično su kronični, a najčešće je povezana s pojavom umora tijekom dana, smanjenom tjelesnom aktivnosti i smanjenom kvalitetom života (Vozoris 2016).

Što se tiče potrebe za seksualnom aktivnosti u starijoj dobi, većina ljudi razmišlja kako starije osobe nisu seksualno aktivne. „Seksualnost osoba starije dobi nameće suočavanje s dva osnovna problema: razumijevanje starosti i starenja općenito te prihvaćanje seksualnosti u starijoj dobi. Međutim, zanemarivanje seksualnih potreba kod starijih osoba, zapravo je zanemarivanje važnog aspekta zdravlja starijih osoba. Neizbježno je da starenjem dolazi do fizioloških promjena na genitourinarnom sustavu, međutim to ne znači da se interes i sposobnost za seksualnost gube. Dokazano je da su novi brakovi starijih udovaca i udovica sretniji i uspješniji od onih ponovno sklopljenih u mlađoj dobi, a kao razlog tome navodi se veća sloboda starijih od obveza prema djeci i poslu“ (Dijanić Plašč i Mamula 2007, 6-9).

Istraživanjem koje su proveli Pereira Machado i sur. (2016) uključivalo je 1131. stariju osobu smještenih u 12 domova za starije osobe u Portugalu dobili su zanimljive rezultate o najčešćim aktivnostima samozbrinjavanja u domu. Ispitanike su podijelili u tri skupine: prva skupina (stariji koji su potpuno samostalni u samozbrinjavanju), druga skupina (potrebna im je djelomična pomoć) i treća skupina (ne mogu se samozbrinjavati). Rezultati su pokazali kako su najzadovoljniji i najmanje depresivni ispitanici koji su u većoj mjeri samostalni i neovisni o tuđoj pomoći, a navike i životni stilovi starijih ljudi koji žive u domovima variraju i ovise upravo o sadržajima i aktivnostim koje nudi i osigurava domski smještaj što se odražava povoljno ili nepovoljno na zdravstveno funkcioniranje. Također, u

provedenom istraživanju dobili su se podaci o nekim fizičkim aktivnostima koje starije osobe najčešće provode u domu, pa su tako bile najčešće zastupljene: televizija (62,9%), vježbanje (61,2%), gimnastika (59,9%), šetnja (50,6%), čitanje (33,2%), izrada rukotvorina (23,5%), glazba (11,9%). Što se tiče samostalnosti kod zadovoljavanja fizioloških potreba odnosno eliminacije stolice, većina ispitanika (89,4%) su samostalni, međutim 25% ispitanika navodi konstipaciju. Kod eliminacije urina 40% navodi neki oblik inkontinencije, 1,5% ima urinarni kateter, 8,5% nosi uvijek pelene, 8% nosi pelene samo noću, a 7% nosi jednokratni donji veš. Rezultati korelacije su pokazali kako oni ispitanici koji su zadovoljniji i samostalniji u eliminaciji ujedno su i generalno zadovoljniji. Istraživanje koje su proveli Štambuk i sur. (2012, 92) na starijim osobama koje imaju neki oblik invaliditeta, zaključili su kako smanjena sposobnost samozbrinjavanja negativno utječe na kvalitetu života. Autori naglašavaju važnost socijalnih usluga na razini obitelji i lokalne zajednice. „Glavni nositelji još uvijek su centri za socijalnu skrb, dok je uloga obiteljskih centara i civilnog društva još uvijek neravnomjerno razvijena. Socijalne usluge trebaju prije svega biti dostupne i pristupačne, a zatim zasnovane na načelu uvažavanja stvarnih potreba i mogućnosti različitih skupina korisnika“ (Štambuk i sur. 2012, 92).

Zaključno možemo reći kako je samozbrinjavanje na području fizičke skrbi od iznimnog značaja za starije osobe, jer osim što smanjuje ovisnost o tuđoj pomoći ujedno i utječe na samopoštovanje i dostojanstvo starije osobe te samim time starije osobe na proces starenja gledaju optimističnije i bolje se nose sa svim novonastalim situacijama ali i možebitnim promjenama u njihovoj okolini.

Psihološka skrb

Mentalno zdravlje stanje je općenito čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba zadovoljna je, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve (Plavšić 2012, 7).

„Svjetska zdravstvena organizacija mentalno zdravlje definira kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje vlastite sposobnosti, uspješno se suočava s uobičajenim životnim stresovima, produktivno i učinkovito radi te doprinosi zajednici u kojoj živi. Smatra ga i općim javnim dobrom, osnovnim ljudskim pravom, osnažiteljem socijalne kohezije, socijalnog kapitala i sigurnosti te je bitno i za odgovarajuće obiteljsko i interpersonalno funkcioniranje“ (Plavšić 2012, 7).

Kod psihološke skrbi, od velikog je značaja upravljanje stresom. Kao što smo i ranije

spomenuli, odlazak u mirovinu, promjene u društvenim vezama, pad tjelesnih i kognitivnih sposobnosti utječu na psihološku dobrobit starijih osoba i mogu dovesti do usamljenosti (Grau-Sanchez i sur. 2017), stoga je psihološka skrb bitna za adekvatno suočavanje sa stresnim promjenama. Osim umirovljenja, starije osobe se suočavaju s kroničnim bolestima, kognitivnim promjenama, lošom financijskom situacijom, gubitkom supružnika i prijatelja zbog smrti, preseljenjem u domove umirovljenika (American Psychological Association 2015), odnosno najčešće stresni životni izazovi s kojima se susreću starije osobe obuhvaćaju zdravstvene, interpersonalne, financijske i događaje vezane uz posao (Moos i sur. 2006).

„Europska je unija mentalnom zdravlju veći značaj dala 2008. godine s ciljem promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost, učenje i društvenu koheziju. Jedan od pet prioriteta odnosi se na mentalno zdravlje starijih i obuhvaća: promoviranje aktivnog sudjelovanja starijih osoba u životu zajednice, uključujući njihove fizičke aktivnosti i obrazovne prilike, razvijanje fleksibilnih shema za umirovljenje koje omogućuju starijim ljudima da mogu dulje raditi, osiguravanje mjera koje promoviraju mentalno zdravlje i dobrobit među starijim osobama koje dobivaju njegu (medicinsku i/ili socijalnu) kako u zajednici tako i u institucijama te uvođenje mjera za podršku njegovateljima“ (European Union 2008 u Plavšić 2012, 7).

Dostupnost psihosocijalnih resursa može olakšati prilagodbu na stresne događaje u starijoj životnoj dobi (de Frias i Whyne 2015). Adaptivni mehanizmi mogu zaštititi pojedinca od stresora, a jedan od adaptivnih mehanizama naziva se svjesnost. Svjesnost je složen i prilagodljiv proces koji zahtjeva usmjeravanje pažnje na sadašnji trenutak u prihvatljivom i neosuđujućem stavu (de Frias i Whyne 2015). Činjenica da neka istraživanja nalaze visoku kvalitetu življenja kod starijih, visoko zadovoljstvo životom i bolju psihološku dobrobit nazvana je *paradoksom starije dobi* i interpretira se u terminima prilagodbe ili stabilnosti zadovoljstva životom kroz život (Plavšić 2012, 9). Svjesno ili ne većina se ljudi starije dobi prilagodi, bilo opadajućim stanjima, bilo u svojem odnosu prema zdravstvenim, socioekonomskim ili drugim faktorima jer se žele sami sa sobom osjećati što je moguće bolje (Plavšić 2012, 9).

Emocionalna skrb

Istraživanja u psihologiji, medicini, sociologiji, menadžemnetu i ostalim područjima su potvrdila kako su emocije sveprisutne u ljudskom životu pri čemu razni podražaji i

situacije mogu izazvati emocije koje vode naše misli i ponašanje (Trampe i sur. 2015; Rudd i sur. 2012). Međutim, unatoč dosadašnjim provedenim istraživanjima, još uvijek jako malo znamo o emocijama s kojima se susrećemo u svakodnevnom životu (Trampe i sur. 2015).

Kako bismo shvatili značaj emocionalne skrbi, potrebno je objasniti značenje pojma dobrobiti. Dobrobit se može shvatiti kao ravnoteža između resursa pojedinca i izazova koji mu se nameću (Grau-Sanchez i sur. 2017). Naime, prisutnost pozitivnih emocija i odsutnost negativnih, kao i zadovoljstvo životom i funkcioniranjem, sastavni su dio dobrobiti (Chang i sur. 2014). Dakle, kod starijih osoba sudjelovanje u aktivnostima u slobodno vrijeme povećava osjećaj dobrobiti. Aktivnosti u slobodno vrijeme definirane su kao poželjne i ugodne aktivnosti, a karakterizira ih se kao postizanje osjećaja slobode i unutarnjeg zadovoljstva (Kelly 1996 u Chang i sur. 2014). Gautam i sur. (2007) navode da angažiranje u slobodnim aktivnostima može utjecati na različite aspekte dobrobiti. Bez obzira što starenje povezano s padom u nekim područjima funkcioniranja (slabljenje tjelesnih i kognitivnih sposobnosti) sve veći broj istraživanja potvrđuje kako se starenjem razina emocionalne i opće dobrobiti održava, pa čak i do određene mjere poboljšava (Schneider i Stone 2015; Sutin i sur. 2013).

Zanimljivo istraživanje proveli su Paillard-Borg i sur. (2009 u Chang 2014) pri čemu su ispitali pet vrsta aktivnosti u starijih osoba: mentalnu, društvenu, fizičku, produktivnu i rekreativnu kako bi procijenili kako utječu na zdravstveno stanje. Tako su otkrili da mentalne aktivnosti (pisanje, čitanje) nisu samo najpopularnije, već i pružaju najveću razinu dobrobiti. Međutim, Silverstein i Parker (2002 u Chang 2014) podijelili su 15 slobodnih aktivnosti na 6 područja: zabavnu, produktivnu - za osobni rast, vanjsku - fizičku, rekreacijsku - ekspresivnu, prijateljsku i formalnu. Rezultati su pokazali da je uključivanje u slobodne aktivnosti, kao što je prijateljska (posjet prijateljima), rezultiralo najvišom kvalitetom života starijih osoba.

Duhovna skrb

Na kraju ovog dijela o samozbrinjavanju osvrnut ćemo se na duhovnu skrb. Kroz povijesti svijeta duhovnost i religija bile su moćne društvene sile koje su oblikovale politiku, obiteljsku i društvenu strukturu i ekonomiju diljem svijeta (Rosmarin i sur. 2015). Wink i Dillon (2002 u Galić i Tomasović Mrčela 2013, 18) su u longitudinalnom istraživanju pokazali da se duhovnost značajno povećava nakon pedesetih godina života. Do prije dvadesetak godina istraživanje duhovnosti i religioznosti bilo je rijetkost, a najčešći razlozi

su negiranje istraživanja duhovnosti zbog poteškoća objektivizacije (Mihaljević 2014, 12). Zbog toga se istraživala uglavnom religioznost jer je u psihometrijskom smislu bila bolje definirana (mjeri se broj odlazaka na bogoslužje, broj pročitanih religioznih knjiga i slično) za razliku od duhovnosti koja je uključena u psihološke termine čime se ne može postići adekvatna korelacija (Mihaljević 2014, 12). Duhovnost je izraz koji se sve više koristi u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi starijih osoba (Štambuk 2017, 143).

„Doživjeti duhovno znači biti u dodiru s većom, dubljom, bogatijom cijelinom koja našu trenutačnu ograničenu situaciju smješta u novu perspektivu. Osvještavanje duhovne dimenzije može pojedinca potaknuti na veći društveni angažman, promjenu dotadašnjeg načina života, kvalitetnije odnose, veće zadovoljstvo životom, pronalazak snage za nošenje s teškim životnim situacijama poput bolesti, financijskih poteškoća i raznih gubitaka, pa čak i osmišljavanje vlastite smrtnosti“ (Štambuk 2017, 142).

Duhovnost i religioznost mogu uznapredovati u starijoj dobi na kojoj se naglašava povezanost s drugima i pomirenje s nesigurnošću i životom (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 18).⁴⁴ „Sudjelovanje u religijskim aktivnostima prediktor je optimalnog tjelesnog funkcioniranja tijekom razdoblja od 12 godina uz pozitivne učinke optimizma, zdravstvenih navika i socijalne podrške. Žene se više angažiraju kao pripadnici crkvenih zajednica u odnosu na muškarce.“ (Berk 2008 u Galić i Tomasović Mrčela 2013, 18). Koenig i sur. (u Štambuk 2017, 143) navode da „tradicionalno povijesna definicija duhovnost vidi kao karakteristiku duboko religiozne osobe te ju razlikuje i odvaja od površno religiozne osobe. Povećana duhovnost u starijoj dobi može biti povezana s očekivanjem boli i ograničenja, društvene isključenosti, blizine smrti kao i sa slobodama stečenim u toj dobi, uživanju u preostalim godinama i zadovoljnog pogleda na protekli život“. Neka istraživanja ukazuju na podatak da sa starošću dolazi do smanjenja posjećivanja crkvenih obreda, ali se s druge strane povećava ili ostaje konstantno sudjelovanje u neorganiziranim obredima - osobne molitve, čitanje Biblije ili druge literature religioznog ili duhovnog karaktera (Štambuk 2017, 142-143).

⁴⁴ Duhovnost se može definirati kao ona koja pomaže u razumijevanju i pronalaženju svrhe i smisla života. Opisuje se kao širi i univerzalniji konstrukt od religioznosti, stavljajući duhovnost u okvir subjektivnog iskustva. Može postojati u ljudima koji sebe doživljavaju jako religioznima, slabo religioznima ili nereligioznima.

Religioznost je povezan, ali ipak drugačiji koncept koji se odnosi na organizirana ponašanja s namjerom prakticiranja vjere. Odnosi se na organizirani sustav vjerovanja, praksi i načina bogoslužja (Mihaljević 2014, 13-14).

Svakako, problem kod starijih osoba jest da ukoliko su slabijeg zdravlja i ako imaju poteškoće s prijevozom, smanjeno sudjeluju u organiziranim religijskim obredima (Galić i Tomasović Mrčela 2013, 18). U nekim etapama svoga života, napose u susretu s bolesti te sa svojom ograničenosti, smrti, starosti ili nemoći, izranjaju na površinu pitanja o smislu života, patnje i smrti (Bešlić 2017, 98).

Gubici dragih osoba, životnih uloga, fizičkog i psihičkog zdravlja te pamćenja i neovisnosti mogu negativno utjecati na život starijih osoba, stoga duhovnost predstavlja značajno područje za rad na čovjekovom duhovnom blagostanju kroz koje i ostala životna područja mogu dobiti novu kvalitetu i smisao (Štambuk 2017, 142). Susrećući se s tajnom nastajanja i nestajanja, kako je već davno Aristotel govorio, čovjek traga za smislom života. Prema Aristotelu čovjek je prije i nadasve duhovno biće, ali i biće koje je u traženju smisla života i u traženju Boga. Slijedom ovoga može se zaključiti kako je čovjek po svojoj naravi religiozno biće, bio on toga svjestan ili ne (Bešlić 2017, 93).

Kada se govori o duhovnosti, valja istaknuti kako duhovnost nije isto što i religioznost. Duhovnost se može definirati kao širi i sveobuhvatniji konstrukt nego religioznost, pri čemu je duhovnost jedno subjektivno iskustvo koje može biti unutar ali i izvan vjerskog okvira, a religioznost je srodan ali različit konstrukt od duhovnosti a odnosi se na organizirano ponašanje čija je svrha primijeniti duhovnost u praksi (Nelson i sur. 2009).

Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskog života s obzirom na način na koji osobe (pojedinci i zajednice) doživljavaju, izražavaju i/ili traže smisao, svrhu i transcendenciju te na način na koji su povezane s trenutkom u kojem žive sa samim sobom, s drugima s prirodom s onim što je bitno i/ili sveto (Bešlić 2017, 92)⁴⁵. Tradicionalno su se duhovnima opisivale duboko religiozne osobe, no danas to uključuje tragače za religioznim, tragače blagostanja i sreće i na kraju sekularne osobe (Štambuk 2017, 143). Koenig (1994 u Štambuk 2017, 144) definira duhovne potrebe kao svjesno ili nesvjesno stremljenje koje proizlazi iz utjecaja ljudskog duha na biopsihosocijalnu prirodu te navodi četrnaest duhovnih potreba kod starijih:

- potrebu za smislom, svrhom i nadom
- potrebu za transcendiranjem (nadilaženjem okolnosti)
- potrebu za podrškom u nošenju s gubitkom
- potrebu za kontinuitetom

⁴⁵ Ovu definiciju su prihvatili stručnjaci na konsenzusnoj konferenciji o duhovnoj dimenziji u palijativnoj skrbi koja je 17. i 18. veljače 2009. godine održana u Pasadeni, Kalifornija.

- potrebu za vrednovanjem i podrškom religioznog ponašanja
- potrebu za uključenjem u religiozna ponašanja
- potrebu za osobnim dostojanstvom i osjećajem sposobnosti
- potrebu za bezuvjetnom ljubavlju
- potrebu za izražavanjem ljutnje i sumnje
- potrebu za osjećajem da je Bog na njihovoj strani
- potrebu za ljubavlju i služenjem drugima
- potrebu za zahvalnošću
- potrebu za davanjem i primanjem praštanja
- potrebu za pripremom za smrt i umiranje

Duhovno zdravlje može biti poboljšano ako starije osobe senzibiliziramo za njihovo vlastito duhovno putovanje, prepoznamo duhovne potrebe kod krhkih i bolesnih starijih osoba te im pomognemo da uspješno otkriju vlastite duhovne potrebe (Štambuk 2017, 144), zbog toga je u skrbi za starije osobe sve veći naglasak na povećanju ljudske dugovječnosti te jačanju odnosa između starenja i duhovnosti (Zimmer i sur. 2016).

“Duhovne potrebe starijih osoba trebaju biti prepoznate u okruženju gdje one žive, baš kao i one biološke, psihološke i socijalne. Stoga je važna edukacija stručnjaka različitih profila koji rade sa starijim osobama o duhovnoj dimenziji čovjeka i potrebama koje iz nje proizlaze. Ovisno o razini pružanja skrbi kao i težini bolesti i/ili samostalnosti starije osobe, svakako treba voditi računa i o razini znanja, vještina i kompetencija iz područja duhovnosti koje stručnjaci trebaju imati” (Štambuk 2017, 148). Frankl (1981 u Komadina 2016, 619) austrijski neurolog i psihijatar utemeljitelj logoterapije tvrdi da se neke psihičke bolesti mogu liječiti isključivo analizom duhovne (dimenzije) egzistencije koja je uvijek u svojoj dubini podsvjesna. On kaže da je cilj psihoterapije duševno zdravlje, a cilj religije spas duše. Iako se religija ne brine o duševnom zdravlju niti se trudi oko sprečavanja duševnih bolesti, ona je ipak psihoterapijski vrlo djelotvorna, jer čovjeku na neusporediv način pruža unutarnju sigurnost (Komadina 2016, 619).

Zajednički zaključak znanstvenih istraživanja glede utjecaja vjere i duhovnosti na zdravstveno stanje čovjeka mogao bi se sažeti ovako: postoji povezanost između stupnja autentične duhovnosti i poboljšanja simptoma nekih psiholoških bolesnih stanja kao i tjelesnih oboljenja poput depresije, ovisnosti, shizofrenija, prevencija samoubojstva, kardiovaskularna i cerebrovaskularna oboljenja, maligne bolesti, ovisnosti o alkoholu (Komadina 2016, 619). Također, utvrđen je snižen mortalitet, stabilniji bračni život te bolje

i intenzivnije interpersonalne odnose kod ispitanika koji prakticiraju razne vjerske aktivnosti, molitvu, meditaciju, duhovno štivo i slično te je zabilježena znatna razlika u dužini života pri čemu čak devet godina žive više oni ispitanici koji su praktični vjernici (Komadina 2016, 620).

2.7 Moguće posljedice – ishodi usamljenosti

Ljudi doživljavaju vlastitu usamljenost na način kako ju opisuju (Cosan 2014, 106). Tako je u starijoj životnoj dobi usamljenost česta pojava (Theeke 2007; La Grow i sur. 2012; Luo i sur. 2012) te je prediktor mnogih zdravstvenih poteškoća (Queen i sur. 2014). Usamljenost, kao jedan od uzroka porasta depresije (Doshi i sur. 2008; Cacioppo i sur. 2010; Hawkley i Capitanio 2015), predstavlja veći rizik za razvoj demencije (Wilson i sur. 2007, 234), kardiovaskularnih oboljenja (Hawkley i sur. 2010), poremećaj spavanja (Kurina i sur. 2011), slabljenje imunološkog sustava, povećanu sklonost upalama (Wolf i Davis 2014), prekomjernu tjelesnu težinu (Lauder i sur. 2004; Sample 2014). Također, usamljenost utječe na povećanu osjetljivosti na bol (Jaremka i sur. 2013). Istraživanje koje su proveli Holt-Lunstad i sur. (2010, 9) pokazalo je da je usamljenost izravno povezana s mortalitetom, vjerojatno zato jer usamljenije osobe više boluju od kroničnih bolesti (Thurston i Kubzansky 2009). U nastavku ćemo detaljnije objasniti neke od najčešćih posljedica usamljenosti.

2.7.1 Negativni osjećaji

S obzirom na porast starijega stanovništva, sve se veća važnost pridaje kvaliteti života (Chan i sur. 2009 u Nikmat i sur. 2015). Jedan od glavnih zdravstvenih problema u starije populacije je depresija (Assil i Zeidan 2013; Fukunaga i sur. 2012), pri čemu prevalencija depresije u starijoj životnoj dobi varira između 4,5 % i 37,4 % (Forlani i sur. 2014).⁴⁶ Nakon sedamdesete godine života usamljenost, koja je pozitivno povezana sa negativnim osjećajima, nezadovoljstvom i slabom socijalnom podrškom, postupno se povećava s dobi (Gan i sur. 2015). U Republici Hrvatskoj od depresije boluje 10 – 15 % osoba starije

⁴⁶ Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti. Očituje se kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa, nemogućnost uživanja u životu, umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka (Ajduković i sur. 2013, 150).

životne dobi pa se depresija smatra najčešćim duševnim poremećajem u osoba starije životne dobi (Mimica i Kušan Jukić 2013, 213). Najčešći istraživani psihološki i socijalni čimbenici rizika za pojavu depresije u starijoj životnoj dobi vezani su uz gubitak veza uzrokovanih smrću bliske osobe ili partnera, odvojenosti od bliskih osoba zbog selidbe u udaljenija mjesta, gubitkom socijalne uloge, gubitkom socijalnog statusa (npr. nakon umirovljenja), prošlim ili sadašnjim traumatskim iskustvima, gubitkom stvarne ili percipirane emocionalne i socijalne potpore (Ajduković i sur. 2013, 153) te život u ruralnim područjima (Almeida i sur. 2014). Uz to, pokazalo se da su starije osobe koje žive u institucijama pod većim rizikom za pojavu depresivnih simptoma te da ih je približno 40 % pogođeno značajnim simptomima (Ajduković i sur. 2013, 150). Istraživanje koje je provedeno u Hong Kongu ispitalo je rizične čimbenike za pojavu depresivnih simptoma kod starijih osoba smještenih u domove za starije i nemoćne. Rezultati istraživanja su pokazali kako su žene u odnosu na muškarce sklonije depresiji ukoliko su same ili udovice, niže obrazovne razine te ograničenih financijskih primanja (Yeun i sur. 2010). Međutim, skladan intimni odnos predstavlja zaštitni čimbenik niske prevalencije depresije kod starijih (Gan i sur. 2015). Depresija može dovesti do brojnih negativnih zdravstvenih ishoda poput ishemijske bolesti srca, invaliditeta pa čak i smrti te uvelike utječe na povećanje troškova zdravstvene zaštite (Charlson i sur. 2013). Za pojavnost depresije poznato je nekoliko predisponirajućih faktora kao što su: ženski spol starije osobe, niska razina obrazovanja, osobe koje žive same, usamljenost te slaba socijalna podrška (Ng i sur. 2014; Fukunaga i sur. 2012; Sengupta i Benjamin 2015). Dakle, usamljenost kod starijih osoba jedan je od značajnih predisponirajućih faktora za nastanak depresije. Tako je kod najstarijih starih osoba depresija povezana sa smrtnošću samo kada je prisutan osjećaj usamljenosti (Max i sur. 2005 u Singh i Misra 2009). „Osjećaj usamljenosti kod starijih osoba može se javiti kao posljedica samačkog života, nedostatka bliskih obiteljskih veza te nemogućnosti aktivnog sudjelovanja u različitim aktivnostima lokalne zajednice“ (Singh i Misra 2009). Novija istraživanja pokazuju povezanost prehrane s pojavnošću usamljenosti. Tako su rezultati istraživanja koje su proveli Wang i sur. (2016) na 7968 osoba starije životne dobi pokazali kako je nedostatak druženja za vrijeme ručka povezan s pojavom depresivnih simptoma kod žena u dobi između 60 i 74 godine. Autori su zaključili kako objed bez društva može biti jači čimbenik povezan s depresivnim simptomima nego samački život.

2.7.2 Negativna percepcija ljudi

Opće negativno raspoloženje usamljenih osoba često se reflektira i na ljude oko njih, pri čemu usamljene osobe imaju tendenciju da negativno doživljavaju ljude oko sebe (Cosan 2014, 107). Usamljene osobe, osim što negativno doživljavaju okolinu, gube interes za ugađanje drugima te su skloni pristranom percipiranju okoline, pri čemu veću pozornost usmjeravaju na negativne aspekte života (Sviarkaltsava 2016, 52). Proučavajući literaturu, Killen (1998 u Sviarkaltsava 2016, 53) je ustanovio da se usamljenost najviše povezuje s negativnim fenomenima poput depresije, sramežljivosti, anksioznosti, ljutnje i napetosti, samookrivljanja, obezvređivanja i ostalih negativnih psiholoških stanja. Dakle, usamljeni ljudi su kategorizirani kao manje uspješni, pretjerano samokritični što pak dovodi do socijalne izolacije te na taj način predstavlja jedan začarani krug.

2.7.3 Smanjena socijalna interakcija

Zbog smanjene međugeneracijske interakcije te sve veće društvene i zemljopisne mobilnosti, usamljenost i socijalna izolacija sastavni su dio iskustva starenja (Valtorta i Hanratty 2012). „No, ukoliko pojedina osoba ima samo nekoliko socijalnih kontakata ili ako živi sama, to ne mora nužno značiti da je usamljena. Naime, za starije osobe vrijeme provedeno s obitelji može predstavljati manju ugodu nego posjeta prijatelju ili susjedu. Navedeno možemo pripisati činjenici da su odnosi s obitelji obvezni, a oni s prijateljima su stvar izbora“ (Singh i Misra 2009). Ipak, starije osobe su podložnije socijalnoj usamljenosti u usporedbi s mlađim skupinama zbog njihove ograničene mobilnosti, smanjenja socijalnih mreža zbog smrti supružnika, obitelji i prijatelja te promjenom društvenih uloga zbog umirovljenja i smanjenih prihoda (Miyawaki 2015). Smanjena socijalna interakcija definirana je nedostatkom kontakta s drugima, odnosno obilježena je rijetkom društvenom interakcijom i nedostatnim sudjelovanjem u društvenim aktivnostima i skupinama (Cornwell i Waite 2009), pri čemu se odražava smanjenom kvalitetom života (Hawton i sur. 2010), viskom stopom mortaliteta (Holt-Lunstad i sur. 2010), visokim krvnim tlakom (Hawkey i sur. 2010), depresijom (Forlani 2014), sklonosti suicidalnom ponašanju (Heisel i sur. 2011; You i sur. 2011; You i Park 2017) i slično. Suprotno navedenome, socijalna interakcija igra važnu ulogu u zaštiti ljudi od psihološkog distresa te utječe na povećanje osobnog zadovoljstva (Ilfie i sur. 2007; Singh i Misra 2009). Dakle, socijalna interakcija

može ublažiti patnje i utjecati na mentalno i fizičko zdravlje (Drageset i sur. 2015; Cornwell i Waite 2009). Istraživanja su pokazala da smanjenu socijalnu mrežu imaju stariji ljudi s niskim socioekonomskim statusom (nižeg stupnja obrazovanja i prihoda), pri čemu su podložniji socijalnoj izolaciji za razliku od starijih osoba s višim socioekonomskim statusom (Iliffe i sur. 2007). Porast usamljenosti se javlja i kod starijih osoba koje su smještene u institucijama (Cotten i sur. 2013). Naime, provođenje starosti u vlastitom domu i u zajednici nekada nije moguća i ostvariva opcija za sve starije ljude (Chen i sur. 2008 u Cotten i sur. 2013). Kako ljudi stare, često se nađu u situacijama koje zahtijevaju više skrbi i nadzora koje u vlastitim domovima ne mogu imati pa se stoga odluče na smještaj u instituciju (Sergeant i Ekerdt 2008).⁴⁷

2.7.4 Rizično ponašanje: konzumacija alkohola te pokušaj suicida

Usamljenost je povezana s negativnim zdravstvenim ponašanjem poput konzumacije alkohola, droga, pušenja i fizičke neaktivnosti (Canham i sur. 2016). Istraživanje koje su proveli Wilson i Muolton (2010 u Canham i sur. 2016) pokazalo je kako je konzumacija alkohola i droga kod 63 % osoba starijih od 45 godina prisutna zbog osjećaja usamljenosti. Pretjerana konzumacija alkohola predstavlja važan problem javnog zdravlja, pri čemu alkohol diljem svijeta konzumira oko 2 milijarde ljudi (Cerda i sur. 2011). Frisher i sur. (2015) navode kako osobe mlađe životne dobi konzumiraju alkohol u većim količinama, ali osobe starije životne dobi alkohol konzumiraju češće. Međutim, kognitivni deficiti povezani sa zlouporabom alkohola su „teži kod osoba starije životne dobi u odnosu na mlađe dobne skupine s obzirom da alkohol ubrzava deteriorizaciju funkcioniranja središnjeg živčanog sustava koja se zbiva s dobi“ (Schaie i Willis 1996, 469-479). „Ali razlozi za i protiv umjerenog socijalnog pijenja otvoreni su za raspravu, pri čemu starije osobe koje piju umjereno sebe percipiraju kao zdravije i društvenije u odnosu na starije osobe koje apstiniraju. Također, pružanje prilike za ograničeno socijalno pijenje u domovima za starije, izvještava se, ima korisne učinke na socijalnu interakciju i raspoloženje“ (Schaie i Willis 1996, 470).

Kada govorimo o suicidu, potrebno je prvo rastumačiti definiciju za razumijevanje suicida. Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje (Marčinko 2011,

⁴⁷ Više o usamljenosti u institucijama biti će opisano u poglavlju 2.8 Oblici skrbi za osobe starije životne dobi.

15).⁴⁸ Durkheim je postavio model za razumijevanje psihosociološke teorije suicida, pri čemu je suicid svrstao u jednu od četiriju kategorija: egoistični suicid, altruistični suicid, anomični suicid i fatalistični suicid (Marčinko 2011, 17).⁴⁹ Dakle, Durkheimov psihosociološki model tvrdi da je nedovoljna društvena integracija jedna od rijetkih društvenih sila koje uzrokuju suicid (You i sur. 2011). Također, interpersonalna teorija suicida govori da su dva razloga uzrok razmišljanju o suicidu: nedostatak društvene povezanosti (gubitak osjećaja pripadnosti) i osjećaj opterećenja, pri čemu osoba vjeruje da bi drugi bili bolji i sretniji ako nje nema (Van Orden i sur. 2010).

Svake godine diljem svijeta od suicida umre oko milijun ljudi pri čemu je suicid najveći uzrok smrti kod ekonomski aktivnog stanovništva (od 15. – 44. godine), a drugi je najveći uzrok smrti među stanovništvom u dobi od 15 – 19 godina (Ro i sur. 2015). Pojavnost suicida kod starijih osoba iznad 65 godina najveći je u zemljama u razvoju, odnosno 80,3 suicida na 100.000 stanovnika (Ro i sur. 2015). Ipak, zabrinjavajući je podatak porasta suicida kod osoba starije životne dobi (Mimica i Kušan Jukić 2013, 218), pri čemu starije osobe, za razliku od drugih dobnih skupina, imaju veću šansu da će umrijeti pri prvom pokušaju suicida zbog izbora smrtonosnijih metoda (Van Orden i sur. 2015). Naime, za razliku od suicida kod mladih koje je uzrokovano jednim čimbenikom (nedostatak akademskog postignuća, raspad ili neslaganje s roditeljima ili nastavnicima), kod starijih osoba više je čimbenika za suicid: usamljenost zbog gubitka supružnika ili rodbine,

⁴⁸ Prema klasičnim psihijatrijskim stavovima, suicid je čin povezan s poremećajem vitalnog nagona za samoodržanjem. Ako se nagon za samoodržanjem smatra čovjekovim najvažnijim i hijerarhijski najjačim nagonom, onda se suicid može smatrati poremećajem osnovnog nagona. Sociološka istraživanja pokazuju da je osnovni nagon u čovjeku – socijalni, za statusom i/ili afirmacijom pa je suicid posljedica gubitka ideala, statusa i slično (Marčinko 2011, 15).

⁴⁹ Egoistični suicid – žrtve su rezultat gubitka socijalnog interesa ili neodgovarajuće integracije u društvu. Često su to samoubojstva fizički i duševno bolesnih osoba.

Altruistični suicid - žrtve su čvrsto povezane sa socijalnom skupinom i daju svoj život kao doprinos postizanju ciljeva skupine. Takav oblik suicida smatra se časnim činom u pojedinim kulturama i religijskim zajednicama.

Anomični suicid – pojavljuje se u vrijeme društvenih i ekonomskih promjena, u razdobljima dezintegracije te u situacijama kada dolazi do naglih promjena u poziciji osobe u odnosu na društvenu zajednicu. Uloga koju je pojedinac do tada imao može biti promijenjena zbog mnogobrojnih razloga (gubitak bliske osobe, ekonomski gubitak, nezaposlenost, gubitak statusne pozicije i slično) što rezultira kriznim stanjem i autodestruktivnim ponašanjem.

Fatalistični suicid – pojedinac čini suicid zbog nemoći da upravlja vlastitim životom, poput zatvorenika (Marčinko 2011).

kronične bolesti ili financijske poteškoće (Jang i Jin, 2012 u Ro i sur., 2015). Što se tiče spola, pod povećanim rizikom su muškarci stariji od 75 godina (3 – 4 puta veći rizik) koji su udovci ili razvedeni, socijalno izolirani i imaju simptome depresivnog poremećaja i ovisnosti o alkoholu (Mimica i Kušan Jukić 2013, 218; Inder i sur. 2014), a što se tiče sezonskih varijacija, muškarci češće počine suicid u proljeće, a žene u proljeće i jesen (Marčinko 2011, 46). „Istraživanja pokazuju kako 70 % žrtava suicida starije dobi ima ozbiljnu sliku depresije u tjednima prije počinjenja suicida, a oko 20 % žrtava suicida starije dobi zadovoljavaju tjednima prije suicida kriterije za ovisnost o alkoholu“ (Marčinko 2011, 29). Kao čimbenici rizika za depresiju i alkoholizam starijih osoba, navode se loše tjelesno zdravlje, kronične i onesposobljavajuće bolesti, naglo intelektualno propadanje, osjećaj ispraznosti vezan uz gubitak radne sposobnosti, zatim smrt supružnika te materijalne poteškoće. U osjetljivijih osoba bez obiteljske i socijalne podrške takvi gubitci uvjetuju socijalnu izolaciju, osjećaj bespomoćnosti, usamljenosti, demoralizacije, a posebno se izdvaja osjećaj beznadnosti koji prate suicidalne ideje“ (Marčinko 2011, 29).

2.7.5 Veći mortalitet

Usamljenost je istaknuta kao globalni javnozdravstveni problem jer predstavlja značajan čimbenik rizika za morbiditet i mortalitet među osobama starije životne dobi (Shiovitz-Ezra i Ayalon 2010; Chan i sur. 2015). Naime, usamljene osobe starije životne dobi u odnosu na svoje vršnjake koji nisu usamljeni imaju veći rizik u incidenciji, progresiji i mortalitetu od kardiovaskularnih bolesti (Hawkley i sur. 2010), slabljenja imunološkog sustava, povećane sklonost upalama (Wolf i Davis 2014), prekomjerne tjelesne težine (Lauder i sur., 2004; Sample 2014) i slično. Također, vjerojatnije je da će se starije osobe koje imaju društvenu podršku brže oporavljati od težih bolesti poput raka dojke i infarkta miokarda u odnosu na starije osobe s neadekvatnom društvenom potporom (Ellwardt i sur. 2015) s obzirom da se utjecaj obitelji i prijatelja pripisuje kao poticaj na pozitivno zdravstveno ponašanje osobe (poput vježbanja, redovitog odmora, liječničkih pregleda) koji utječu na fiziologiju i zdravlje (Luo i sur. 2012).

2.8 Umirovljenje i socijalna podrška

Usljed sve nižeg nataliteta koji uzrokuje smanjenje radnog kontingenta stanovništva, vlade većine europskih zemalja, mijenjaju dobne granice i formule umirovljenja, pri čemu će

takve mjere nužno za posljedicu imati i pitanje rekonstrukcije stare dobi odnosno (re) definiciju starosti (Bara i Podgorelec 2015, 59).

Uvjeti života razvijenih suvremenih društava (ekonomski, tehnološki, socijalna i medicinska zaštita) u sve većoj mjeri omogućavaju da ljudi žive duže nego ikada ranije i da očuvaju potencijal da u starijoj životnoj dobi nastave davati važan doprinos društvu u raznim područjima života (Bara i Podgorelec 2015, 59).

„Pojam umirovljenja prilično je nov u ljudskoj povijesti. Do 1800-tih godina većina radnika nije doživjela starost tako da taj pojam nije imao smisla. Pojedinci koji su doživjeli starost nastavili su raditi kao zemljoposjednici ili poslovni ljudi“ (Schaie i Willis 1996, 229). Kako se produžila očekivana dužina života te kako su se društvo i priroda promijenili iz poljoprivrednog u industrijsko, pojam umirovljenja postao je sve prihvaćeniji te označava razdoblje u životnom vijeku kada pojedinac prestaje biti zaposlen na formalnom poslu“ (Schaie i Willis 1996, 229). Umirovljenje kao institucija obuhvaća društvene strukture koje reguliraju povlačenje starijih radnika s tržišta rada i pruža mirovinsko osiguranje onima koji ga napuste pod određenim uvjetima (Bara 2013, 204).

Teorijski, proces umirovljenja može se promatrati kao niz prilagodbi predstavljenih u sedam faza (Penezić i sur. 2006, 64): faza kada je umirovljenje još daleko, faza predumirovljenja, faza medenog mjeseca, faza razočaranja, faza reorijentacije, faza stabilnosti, terminalna faza.⁵⁰ Nabrojene faze nisu pravilan slijed događaja niti su nužno

⁵⁰1. Faza kada je umirovljenje još daleko - pojavljuje se uglavnom u srednjoj odrasloj dobi kada osoba intenzivno radi, financijski je sigurna i uglavnom ne razmišlja o mirovini. Ako o njoj i misli, to je sporadično mišljenje o nečemu što je u budućnosti.

2. Faza predumirovljenja – karakterizira je planiranje i intenzivno razmišljanje o aktivnostima kojima će se osoba baviti u mirovini. Ova faza završava činom umirovljenja.

3. Faza medenog mjeseca – to je vrijeme euforije u kojem osoba pokušava učiniti sve ono za što ranije nije imala vremena. Ta je faza djelomice utemeljena na maštanjima prije umirovljenja o tome kakav bi trebao biti život u mirovini. Može uključivati puno putovanja, ovisno o pojedincu i njegovim prilikama.

4. Faza razočaranja – ima ljudi koji nakon faze medenog mjeseca uvide da neke planove nisu ostvarili ili nisu zadovoljni novim aktivnostima o kojima su maštali. Osoba nema osjećaj produktivnosti koji je imala dok je radila, osjeća se iznevjerenom i potištenom.

5. Faza reorijentacija – razočaranje ne traje zauvijek i osoba počinje s intervencijama u svoj život. Počinje ga nanovo organizirati na osnovi novih vrijednosti kako bi stvorila umirovljenički stil života koji bi trebao biti zadovoljavajući.

6. Faza stabilnosti – u njoj osoba evaluira svoj život prije i nakon umirovljenja. Ova faza može nastupiti odmah nakon umirovljenja, kod nekih nastupa ranije, kod nekih kasnije. U ovoj se fazi stvaraju dugoročniji planovi i ustaljuju se aktivnosti koje će omogućiti ostvarenje tih planova.

povezane s kronološkom dobi ili dužinom vremena kao što je to slučaj s razvojnim fazama o kojima govore neke poznate teorije (Penezić i sur. 2006, 64). Funkcionalističke teorije usmjeravaju pozornost na potrebe društva, pri čemu se od starijih ljudi očekuje da se povuku s tržišta rada na temelju društvenih normi i posljedično preuzmu ulogu umirovljenika (Bara i Podgorelec 2015, 62). Slično stajalište dijeli i teorija povlačenja, pri čemu socijalno povlačenje kao prirodni proces starenja predstavlja uzajamnu korist pojedinca i društva jer se stariji dobrovoljno umirove i isključe iz postojećih društvenih uloga (Lahe 2016, 14). Naime, zbog nedostatka snage i izdržljivosti, mentalno i tjelesno zdravlje poboljšava se napuštanjem napornog rada, ipak, suprotno teoriji povlačenja, teorija aktivnosti govori kako održavanje odnosa s društvom dovodi do uspješnog starenja (Minami i sur. 2015). Stoga, možemo reći kako „različiti čimbenici utječu na pojedinčevo iskustvo umirovljenja i na prilagodbu umirovljenju. Najupečatljivija činjenica koja se mora uzeti u obzir jest promjena životnih obveza u starijoj životnoj dobi. Kao što je ranije u tekstu navedeno, umirovljenje formalno oslobađa pojedinca od radnih obveza i ostavlja mu na raspolaganju znatno više slobodnog vremena koje može ispuniti na različite načine“ (Bara 2013, 205). Međutim, promjene u obrascima dnevnih aktivnosti i socijalnoj interakciji tijekom umirovljenja nisu teoretski dobro razumljive s obzirom da neka istraživanja upućuju da se potreba za tjelesnom aktivnosti povećava u starijoj dobi, ali se ukupne razine tjelesne aktivnosti smanjuju zbog izgubljene profesionalne aktivnosti (Maher i sur. 2013). Osim smanjene tjelesne aktivnosti, umirovljenjem osobe starije životne dobi imaju veći rizik od siromaštva, pri čemu financijske brige i nužno odustajanje od posla predviđaju stres nakon odlaska u mirovinu (Berk 2008, 611).

Zbog različitih načina umirovljenja, različitih individualnih strategija, potpunog ili nepotpunog prekida veza s tržištem rada, sekundarnih karijera, neplaćenog dobrovoljnog rada i slično, ponekad nije lako odrediti nečiji umirovljenički ili radni status (Bara i Podgorelec 2015, 59). Pri definiranju statusa dva su osnovna kriterija kojima se istraživači koriste: ”(1) samoprocjena trenutnog statusa osobe i (2) objektivni indikatori koji se povezuju s umirovljeničkim statusom poput primanja mirovine kao glavnog prihoda,

7. Terminalna faza – u toj fazi osoba više nije usmjerena na svoju ulogu umirovljenika. O sebi ne razmišlja kao o umirovljeniku jer ju zaokupljaju druge stvari poput smrti bračnog druga, vlastite bolesti. Sebe doživljava kao staru osobu kojoj se približava smrt (Penezić i sur. 2006, 64).

napuštanja stalnog zaposlenja, značajne redukcije ili potpunog napuštanja honorarnih i volonterskih poslova” (Bara i Podgorelec 2015, 59). Istraživanja provedena u RH pokazuju da je siromaštvo u velikoj mjeri vezano uz starija i samačka kućanstva, odnosno u rizičnu skupinu naročito spadaju umirovljenici ili osobe koje nemaju nikakvih mirovinskih primanja, a pri tome nemaju niti financijsku potporu izvanobiteljskih socijalnih mreža (Žganec i sur. 2008, 176). Socijalna podrška smanjuje stres povezan s umirovljenjem kao što pomaže i smanjiti stres koji je proizašao iz drugih velikih životnih događaja (Berk 2008, 611). Umirovljenici koji imaju kvalitetniji kontakt sa svojom socijalnom mrežom (djeca, unuci, srodnici, prijatelji) aktivniji su i zadovoljniji tim odnosima, uključeni su u život zajednice (npr. kino, kazalište, organizirani sadržaji) i samim time zadovoljniji su položajem u društvu, provođenjem slobodnog vremena, dosadašnjim životom te usporedbom svoga života sa životima prijatelja (Žganec i sur. 2008, 175). Usamljenost i nedostatak percipirane socijalne podrške dva su najčešća čimbenika koja dovode do depresije starijih osoba (Gan i sur. 2015). Dakle, mnogi vjeruju da starost predstavlja značajan javnozdravstveni problem, a dolazak vala starije baby-boom generacije nazvan je „srebrenim tsunamijem“ (Jeste i sur. 2013). Socijalna je mreža baby-boom generacije (osobe rođene između 1945. i 1965.) siromašna, i kvalitetom, i kvantitetom, stoga su i socijalni kontakti površni te pokazuju manje interesa i potrebe za pripadanjem susjedstvu, a i manje su vezani za svoj zavičaj od ranijih generacija (Žganec i sur. 2008, 177). Naime, u starijoj dobi, zbog smanjenja socijalne mreže i smanjenja socijalnih kontakata, smanjuju se obiteljske i socijalne uloge starijih osoba što može kao posljedicu imati samopercipiranu beskorisnost (Gu i sur. 2016).⁵¹ Međunarodna kvalitativna studija Dignity and Older Europeans (Tadd i sur. 2010 u Rusac i sur. 2016, 22-26) analizirala je podatke iz 265 ciljnih skupina s ukupno 1320 sudionika iz šest europskih zemalja (Slovačka, Španjolska, Švedska, Francuska, Irska i Velika Britanija) te je utvrđeno kako se osjećaj isključenosti iz mnogih aspekata društva počinje javljati s umirovljenjem koje je često bilo silom zakona, a osjećaj manje vrijednosti se pojačao s promjenama u obiteljskim strukturama koje su im oduzele priliku da imaju „korisnu“ ulogu. „Angažiranost u produktivnim socijalnim aktivnostima, posebice onima koje doprinose dobrobiti drugih i društva, često se navode kao pokazatelji zdravih ili uspješnih starijih ljudi u kasnijem životu“ (Gruenewald i sur. 2009). Tako je u Beču 2012. godine održana Ministarska konferencija o aktivnom starenju

⁵¹ Samopercipirana beskorisnost obično znači vlastitu negativnu procjenu ili percepciju pojedinca o njegovoj ili njezinoj korisnosti ili važnosti za obitelj, prijatelje, zajednicu i/ili šire društvo (Gu i sur. 2016).

na kojoj je usvojena „*Ministarska politička deklaracija*“ koja je usmjerena na sljedeća područja: duži radni vijek i sposobnost za rad, sudjelovanje, nediskriminacija i društvena uključenost starijih osoba, dostojanstvo, zdravlje i neovisnost starijih osoba te međugeneracijska solidarnost (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016., 2). Kao što je u „*Ministarskoj političkoj deklaraciji*“ istaknuto, jedan od značajnih problema s kojim se nerijetko susreću starije osobe jest dobna diskriminacija. Tako istraživanje koje je provedeno 2002. godine (Rusac i sur. 2013, 96-97) pokazuje da više od 2/3 zaposlenika u dobi od 45. do 74. godine smatra da se zaposlenici suočavaju s dobnom diskriminacijom na radnom mjestu te da ti problemi počinju u dobi od 49 godina. Čak 60 % navedenih ispitanika smatra da su prvi na redu kada dođe do otpuštanja viška radne snage, a oko 80 % ispitanika se slaže da su stariji radnici najviše izloženi dobnoj diskriminaciji na radnom mjestu te da im je otežano pronalaženje novog zaposlenja (Rusac i sur. 2013, 97). Mit o neproduktivnosti i neaktivnosti starijih osoba u velikoj mjeri nije utemeljena na činjenicama i dovodi do pogrešnih zaključaka oko produktivnih i kreativnih kapaciteta starijih osoba (Bara i Podgorelec 2015, 66). Koncept produktivnog starenja (productive aging) od velike je važnosti za demografske, ekonomske i društvene trendove, pri čemu je sve veći naglasak na stvaranju i primjeni ljudskog kapitala što može imati implikacije na vrijeme odlaska u mirovinu, potpuno ili djelomično umirovljenje, ukupno slobodno vrijeme i način kako ga starije osobe provode (Bara i Podgorelec 2015, 66).⁵²

Zaključno možemo reći kako je socijalna podrška od iznimnog značaja za smanjenje stresa zbog umirovljenja. S obzirom da nakon umirovljenja većina starijih osoba ima više vremena za hobije nego što je imala za vrijeme radno-aktivnog vijeka, bitno je osigurati dostupnost različitih aktivnosti/hobija koje ne samo da će smanjiti sedentarni stil života, nego će potaknuti međugeneracijsku interakciju, a samim time smanjiti pojavu

⁵² Pojam produktivno starenje prvi je uveo 1982. Robert Butler na Salzburškom seminaru kada je govorio o produktivnosti starijih kao načinu borbe protiv tada prevladavajućeg mišljenja da je starost razdoblje ovisnosti i tereta za društvo. Naglasak je stavljen na zaokret sa zabrinutosti zbog troškova za društvo in ovisnosti u starosti na pozitivnije stajalište koje pretpostavlja potrebu mobilizacije proizvodnog potencijala starih u društvu. Izraz je usko povezan s pojmovima aktivno starenje i zdravo starenje, inspiriran i promoviran od strane Svjetske zdravstvene organizacije i Ujedinjenih naroda. Pojmovi se često rabe naizmjenično s pozitivnim ili uspješnim starenjem i to na razne načine i s različitim pretpostavkama. Pri analizi aktivnog, produktivnog ili uspješnog starenja uobičajeno se promatraju četiri područja aktivnosti: plaćeni rad, kućne aktivnosti, skrb za druge i način provođenja slobodnog vremena - pasivni i aktivni oblici slobodnog vremena (Bara i Podgorelec 2015, 59).

usamljenosti i njezine javnozdravstvene posljedice.

2.8.1 Stereotipi i predrasude prema starijim osobama

Bez obzira na rastuću svijest o vrijednostima znanja i iskustva starijih osoba, još uvijek su u većini društava na različite načine često isključene, marginalizirane i/ili diskriminirane (Bara i Podgorelec 2015, 59).

Predrasuda se odnosi na unaprijed stvoren pozitivan ili negativan sud, uvjerenje o nekome ili nečemu koje je neutemeljeno i neopravdano, otporno na promjene, neovisno o osobnom iskustvu i uglavnom pogrešno (Tomečak i sur. 2013, 42).

Negativni stereotipi prema starijima formiraju se od najranijih godina, postupno se kristaliziraju tijekom kasnog djetinjstva i mladosti te se ukorijenjuju u vrijeme mlađe odrasle dobi (Zovko i Vukobratović 2017, 117). S obzirom da djeca danas imaju sve manje kontakata sa starijim ljudima nego proteklih desetljeća, vjerojatnije je da će tijekom tinejdžerskih godina upravo mediji utjecati na formiranje njihova identiteta i vjerovanja o starenju i starijim osobama (Zovko i Vukobratović 2017, 117).

Očekivanja društva od određenih dobnih skupina stanovništva imaju duboke kulturne implikacije, odnosno društveno značenje dobi može strukturirati tijek života kroz dobna očekivanja i neformalne sankcije (Bara i Podgorelec 2015, 59). Koncept društvenog vremena određuje odgovarajuću dob za pojedine životne prijelaze, kao što su razdoblje školovanja, ulazak u brak ili odlazak u mirovinu, pri čemu navedeni društveni konstrukti su izuzetno snažni u određivanju individualnog i kolektivnog identiteta, pa se tako uz proces starenja veže niz predrasuda prema osobama starije životne dobi (Bara i Podgorelec 2015, 59).⁵³

“Današnje suvremeno doba, doba je pokušaja i promišljanja o smislu čovjekova postojanja sabranog u okvirima tržišne ekonomije, stalnog napretka i rastuće obrazovne svijesti, globalnih trendova na svim razinama društva kao i velikog pritiska pojedinca da napravi selekciju i odabere najbolji put i preuzme odgovornost za taj izbor. Trebamo biti svjesni da je osoba pokraj nas unatoč njezine empirijske pojavnosti dio naše subjektivne percepcije, našeg vrednovanja i promišljanja gdje smo ju mi skloni automatski kategorizirati na temelju tri velike dimenzije: rase, spola i dobi” (Tomečak i sur. 2013, 36).

⁵³ Pojam starenje i iz njege izvedeni nazivi obično izazivaju negativne konotacije, primjerice tjelesno slabljenje, propadanje i kronološka dob. Uz proces starenja veže se i niz predrasuda pa su tako najčešće predrasude kako su stari ljudi boležljivi, depresivniji, slabijih kognitivnih funkcija, žive u prošlosti, svemu prigovaraju i slično (Bara i Podgorelec 2015, 59).

Usredotočujući se na starije osobe najčešće predrasude su da su starije osobe slabe i nemoćne (kako u smislu socijalne isključenosti tako i u smislu zdravstvene skrbi) te im je potrebna pomoć drugih osoba (Macedo Nagel i sur. 2011). “Psihološke teorije starenja naglašavaju značaj društvenog konteksta za starije osobe, međutim vrlo malo istraživanja je učinjeno iz perspektive starijih osoba o tome kako ih drugi u njihovom društvu percipiraju” (Vauclair i sur. 2016). Istraživanjem koje su proveli Vauclair i sur. (2016) na starijim osobama utvrdili su kako su najčešće emocije sažaljevanje, prijezir i zavist kao metapercepcije starijih osoba o tome kako ih drugi doživljavaju.

“Percepcija ili procjena pojedinca na temelju dobi može posljedično utjecati na način kako pojedinac procjenjuje sam sebe tako da ponekad pojedinci mogu postati i žrtve vlastitih predrasuda te se može početi i ponašati u skladu s njima (traži sve veću pomoć od drugih osoba usprkos svojoj zadržanoj funkcionalnoj sposobnosti i slično)” (Sabik 2013).

Dobna diskriminacija (*engl. ageism*) je set ideja i uvjerenja povezanih s diskriminativnim stavovima prema pojedinim dobnim skupinama (Bara i Podgorelec 2015, 59). Na taj način se ageizmom krše temeljna demokratska i etička prava po kojima se demokratski treba osobu rasuđivati po njenim osobnim, a ne grupnim karakteristikama i gdje nije etično diskriminirati osobu na temelju grupnih značajki (Tomečak i sur. 2013, 36). “Uzroci diskriminacije starijih osoba slični su uzrocima ostalih oblika diskriminacija, a radi se o reakciji okoline na vlastiti osjećaj ugroženosti. Dobna diskriminacija je i reakcija na frustracije i stresove kojih je puno u svakodnevnom životu kod mlađih osoba ili kod onih koje su još uvijek radno aktivni” (Rusac i sur. 2013, 96).

Svjetska zdravstvena organizacija (2008 u Tomečak i sur. 2013, 40) analitički je pristupila stvarnosti postojećih mitova o starenju te je na konkretan i realan način istaknula bitne smjernice za svojevrsnu demitologizaciju i nadilaženje postojećih jednostranosti. Dokument tako ističe realnu situaciju povećanja starosne populacije u Europi koja ujedno iziskuje prikladno suočavanje s potrebama starije populacije, pri čemu je fokus stavljen na kvalitetu života i aktivitet starije populacije koji doprinosi državnom budžetu (Tomečak i sur. 2013, 41).

Najčešći mitovi o starenju i starijim osobama su (Tomečak i sur. 2013, 41):

- Ljudi trebaju očekivati da će se pogoršati njihovo mentalno i fizičko zdravstveno stanje
- Većina odraslih osoba ima slične potrebe
- Kreativnost i doprinos obilježja su mlađe dobi
- Iskustvo starijih osoba je manje relevantno za moderno društvo

- Većina odraslih osoba želi da ih se ostavi na miru i u osami
- Bolnički kreveti i medicinsko osoblje primarna su briga starosne populacije
- Briga i skrb za starije oduzima resurse mlađoj populaciji
- Trošenje na starosnu populaciju gubitak je resursa
- Stariji ljudi nisu pogodni za radna mjesta
- Od starijih ljudi očekuje se da se pomaknu na stranu
- Stvari riješiti same po sebi

Postojeći mitovi o starenju koliko god odražavaju dio jedne reflektirane svijesti, dio jedne društvene realnosti i percepcije, u tolikoj su mjeri relativizirajući i nedostatni da konstruktivno razlože kompleksnost starenja i starosti (Tomečak i sur. 2013, 42).

2.9 Oblici skrbi za osobe starije životne dobi

2.9.1 Institucionalni oblik skrbi za osobe starije životne dobi

Budući da je potreba za dugoročnom skrbi pozitivno povezana sa starosti, očekuje se značajno povećanje broja osoba kojima je potrebna institucionalna skrb (Hajek i sur. 2015).

Općenito se pretpostavlja da bi većina starijih ljudi što je duže moguće ostala kod svoje kuće (Van Rensbergen i Pacolet 2012; Al-Shaqi i sur. 2016), no razvojem društva sve veći broj starijih osoba živi u domovima (Gan i sur. 2015). Naime, ovisnost o tuđoj pomoći u svakodnevnim aktivnostima, bolest te prethodno iskustvo života u domu, prediktivni su elementi za institucionalizaciju starijih osoba (Mortazavi i sur. 2015; Kim i sur. 2015). Bolesti kao što su moždani udar, dijabetes, poteškoće s kretanjem i promjene ponašanja zbog demencije povećavaju rizik za smještaj u dom za 50 % (Van Rensbergen i Nawrot 2010).

Kako bismo bolje shvatili institucionalnu skrb, razjasnit ćemo značenje pojma institucije, socijalne ustanove te doma za starije osobe. „Institucije znače uspostavu stanovitih načina djelovanja i prosuđivanja koje se događaju izvan nas i koje ne ovise o našoj pojedinačnoj

volji i kada govorimo o institucijama, zapravo je riječ o posebnim društvenim činjenicama“ (Rinčić, 2009,150).⁵⁴

„Socijalna ustanova je oblik kolektivnog života koji se određuje prema propisanim normama i pravilima, pri čemu su institucije u vrlo malom postotku namijenjene za brigu o starijim osobama” (Suhadolnik, 2014, 14).

„Dom za starije osobe može se definirati kao društvena institucija koja uključuje veliki broj ljudi čije su ponašanje i uloge regulirane i nametnute od strane upravnih struktura. Svrha takve institucije jest zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba velike većine ljudi koji te potrebe ne mogu zadovoljiti samostalno“ (Suhadolnik 2014, 14-15). Temeljem navedenoga postavlja se pitanje gubi li se autonomija i dostojanstvo pojedinca institucionalizacijom?⁵⁵ Rodgers i Neville (2007, 29) navode kako autonomiju čine: „sloboda od kontrole i utjecaja drugih, sloboda od ograničenja koja sprečavaju izbor, sloboda od neodgovarajućeg razumijevanja te biti u stanju slobodno djelovati u skladu s planom odabranim za sebe”. Načelo poštivanja autonomije bolesnika ili korisnika u domu glavna je teorijska i praktična važnost bioetičarima, pacijentima, kliničarima i skrbnicima (Sherwin i Winsby, 2011). Domski smještaj izdvaja staru osobu iz njene fizičke i socijalne sredine te ju tako izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu (Lovreković i Leutar 2010, 59). Stoga, poštivanje autonomije kod starijih osoba u domovima umirovljenika predstavlja poseban izazov, jer mnoge starije osobe doživljavaju stvaran i stalan gubitak neovisnosti i autonomije s obzirom da institucionalni zahtjevi otežavaju potpuni individualni pristup (Sherwin i Winsby, 2011). Goffman (2000, 115-146) spominje „kontaminaciju osobnosti” te ju opisuje kao otuđenje osobnih stvari dolaskom u instituciju, pregled cijelog tijela koji je neugodan i ponekad ponižavajući, kao i ulazak osoblja u bilo koje vrijeme u sobu korisnika u domovima. Tako Goffman pojam totalne ustanove razlikuje kroz nekoliko skupina (Suhadolnik 2014, 42-43): ustanova za pojedince koji se ne mogu brinuti o sebi, ali su bezopasni za okolinu (slijepe osobe, starije osobe, siročad, siromašne osobe), ustanova za pojedince koji se ne mogu brinuti za sebe, ali su nenamjerno opasni za okolinu (bolnice s duševnim bolesnicima, bolnice za tuberkulozu, bolnice za gubavce), ustanove za osiguranje zajednice od nekog vrsta rizika (zatvori, ratni logori), ustanove za izvršavanje

⁵⁴ Institucionalna skrb može biti privremen oblik skrbi kada je u pitanju, npr. rehabilitacija ili sezonsko boravište, a za ljude koji imaju smanjenu mogućnost brige o sebi zbog bolesti ili fizičke slabosti može biti trajni oblik skrbi (Suhadolnik 2014, 14).

⁵⁵ Autonomija dolazi od riječi “autos” te u doslovnom prijevodu označava slobodan izbor, samoupravljanje, slobodu volje i odgovornost za vlastito ponašanje (Rodgers i Neville 2007, 29).

određenih dužnosti (vojarne, internati), vjerske ustanove (samostani). Smisao totalnih ustanova je svrstan u četiri kategorije (Suhadolnik 2014, 43): „svi aspekti života održavaju se na istom mjestu i pod istim nadzorom, svaka faza pojedinačne aktivnosti odvija se uz prisutnost velikog broja drugih ljudi koji su tretirani na jednak način, za sve aktivnosti postoji raspored i pravila nametnuta od uprave, različite aktivnosti predstavljaju jedan racionalni plan s ciljem postizanja službenog cilja ustanove“. Dakle, domovi za starije osobe, kako bi očuvali autonomiju korisnika, trebaju promicati njihovu funkcionalnu sposobnost na način da se osigura domaće okruženje u kojem djelatnici doma potiču starije osobe (korisnike) da nastave s aktivnostima koje su provodili i prije dolaska u dom (Kuk i sur. 2017).

Kako bismo bolje shvatili institucionalnu skrb, neizostavno je spomenuti i dostojanstvo starijih osoba. U kontekstu sustava skrbi iskušenja poštovanju dostojanstva dolaze od negativnih interakcija s pružateljima zdravstvene skrbi, nedostatka obzirnosti prema privatnosti i općenite neosjetljivosti prema ranjivosti osoba starije dobi (Rusac i sur. 2016, 22). Istraživanja govore (Rusac i sur. 2016, 21) da postoji osam čimbenika koji promiču dostojanstvo skrbi, a pridonose osjećaju samopoštovanja: izbor i kontrola, komunikacija, hrana i briga o prehrani, ublažavanje boli, osobna higijena, praktična pomoć, privatnost i društvena uključenost.⁵⁶ Također, istraživanje koje su proveli Bollig i sur. (2016) pokazalo je kako je „odnos osoblja u domovima za starije osobe presudan za narušavanje ili očuvanje dostojanstva starijih osoba” jer „sve veća onemoćalost, teške bolesti, potreba za pomoći pri osobnoj njezi, dugoročna rezidencijalna skrb i gubitak bliske rodbine i prijatelja ugrožavaju samostalnost i utječu na dostojanstvo identiteta starijih osoba u

⁵⁶ 1. Izbor i kontrola – dopustiti ljudima da sami odluče o načinu na koji žive i skrbi koju primaju.

2. Komunikacija – razgovarati s poštovanjem i slušati što starije osobe imaju reći, omogućujući jasan dijalog između radnika i službi.

3. Hrana i briga o prehrani – pružiti izbor hranjivih, ukusnih jela koja odgovaraju potrebama pojedinca te pružiti pomoć tamo gdje je nužno.

4. Ublažavanje boli – osigurati da osobe koje žive s bolovima dobiju odgovarajuću pomoć i lijekove kako bi im se smanjila patnja i poboljšala kvaliteta života.

5. Osobna higijena – omogućiti ljudima da očuvaju svoje uobičajene standarde osobne higijene.

6. Praktična pomoć – omogućiti ljudima da zadrže svoju samostalnost pružanjem točno onoliko pomoći koliko je potrebno.

7. Privatnost – poštovati osobni prostor, privatnost u osobnoj njezi i povjerljivost privatnih podataka.

8. Društvena uključenost – podržati ljude da održavaju kontakt s obitelji i prijateljima te sudjeluju u društvenim aktivnostima (Rusac i sur. 2016, 21).

instituciji” (Rusac i sur. 2016, 24). Također, Bollig i sur. (2016) navode kako je za očuvanje dostojanstva u domu bitno osigurati sigurnu okolinu s dovoljno prostora, ukusnu hranu, redovite aktivnosti, društvene kontakte, a Van der Elst i sur. (2012) ističu značaj medicinskih sestara koje razumiju, brinu i odmah prepoznaju potrebe korisnika te s njima izgrađuju povjerljiv odnos. Dom za starije osobe, osim pružanja socijalne i medicinske skrbi, ujedno treba biti i „kuća otvorenih vrata” za mlade ljude kako bi se osigurala međugeneracijska interakcija (Suhadolnik 2014, 23) te time smanjile depresivne epizode s obzirom da najmanje trećina stanovnika domova umirovljenika ima psihičke tegobe pri čemu su najčešće depresivne slike (Rusac i sur. 2016, 9). Mogući uzroci pojave depresivnih stanja u starijoj životnoj dobi su osamljenost, otuđenost, nezadovoljstvo zbog odlaska u mirovinu, gubitak partnera, odlazak djece, smanjenje potreba i motivacije (Rusac i sur. 2016, 9).

Također, u zapadnim društvima pokazalo se da je učestalost depresije različita kod starijih osoba koje su u domovima i onih koje su u svojim kućama i zajednicama. Tako je prevalencija depresije kod starijih u svojim kućama iznosila od 3,80 % do 15 %, a kod starijih u domovima od 11 % do 48 % (Boorsma i sur. 2012). Promjena boravišta uzrokuje neugodnosti u bilo kojoj dobi, ali je posebno teška u starosti, pri čemu je za stariju osobu promjena mjesta boravišta često praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećajem da se nekomu nameće ili da joj se netko nameće (Lovreković i Leutar 2010, 59; Valtorta i Hanratty 2012).

Domovi za starije osobe u RH-statistički pregled

U RH prilikom zadnjeg popisa stanovništva 2011. godine prikupljeni su, između ostalog, i podaci o stanovništvu s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i fizičkoj pokretности (Tablica 5). Dobiveni podaci pokazali su da udio osoba s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti raste s kronološkom dobi: u skupini mlađe-starije osobe iznosi 38,44 %, u skupini starije osobe 53,85 % i skupini najstarijih 67,93 % (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016., 8). Također, prema popisu stanovništva 2011. godine, prikupljeni su podaci prema tipu kućanstva i statusu obitelji (Tablica 4). Ovo je vrijedan podatak za planiranje skrbi o starijima jer pruža dobar orijentir za planiranje usluga koje je potrebno razvijati u zajednici kao pomoć starijim osobama da starost provedu u vlastitom domu (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.).

Tablica 1: Starije stanovništvo prema tipu kućanstva i statusu u obitelji

Dobne skupine	Ukupno starijih stanovnika	Privatna kućanstva			Institucionalna kućanstva	
					Institucije za starije osobe	Ostali oblici institucionalne skrbi (zdravstvene, vjerske i dr.)
		Samačka kućanstva	Suprug+supruga Izvanbračni drug+družica	Kućanstva s ostalim obiteljskim statusima ili bez statusa		
65 - 74	414.403	84.051	251.453	73.696	3.323	1.880
75 - 84	283.630	81.054	113.828	78.590	8.932	1.226
85 i više	60.600	18.728	9.778	25.693	5.845	556
Ukupno starijih stanovnika	758.633	183.833	375.059	177.979	18.100	3.662
Od toga žene	462.425	142.478	155.249	148.501	13.675	2.522

Izvor: Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.

Iz Tablice 1 vidimo da ukupno 183.833 starijih osoba živi u samačkim kućanstvima, od čega veći dio čine žene. Što se tiče institucija, vidimo da je ukupno 18.100 starijih osoba institucionalizirano, pri čemu opet prednjače žene. Ako ćemo pogledati prema dobnoj skupini, vidimo da je najviše institucionalizirano starijih osoba od 75 – 84 godina. Nadalje, u popisu stanovništva 2011. godine dobiveni su podaci o fizičkoj pokretnosti i teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (Tablica 2).

Tablica 2: Starije stanovništvo s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i fizičkoj pokretnosti

Dobne skupine/Ukupno prema pokretnosti			
--	--	--	--

		65 – 74 godine	75 – 84 godine	85 i više godina
Ukupno osoba s teškoćama prema dobnim skupinama.	353.247	159.335	152.744	41.168
Potpuno pokretni.	163.626	93.585	60.665	9.376
Pokretni pomoću štapa, štake i hodalice.	134.731	42.089	69.340	23.302
Pokretni u kolicima.	6.347	2.073	2.926	1.348
Trajno nepokretni.	13.484	2.778	6.282	4.424
Ostalo.	33.841	18.275	13.022	2.544
Nepoznato.	1.218	535	509	174

Izvor: Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.

„Podaci sadržani u Tablici 2 pokazuju da udio osoba s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti raste s kronološkom dobi, pa je tako udio onih koji imaju teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti u mlađoj dobnoj skupini 38,44 %, srednjoj dobnoj skupini 53,85 % i staroj dobnoj skupini 67,93 %. Kad je u pitanju fizička pokretnost među starijim osobama koje su navele da imaju teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, imamo sljedeću situaciju: trajno nepokretnih osoba u mlađoj dobnoj skupini je 1,74 %, u srednjoj 4,11 % i u staroj 10,74 %. Obrnutu situaciju imamo kad su u pitanju potpuno pokretne osobe među onima koji navode da imaju teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, pa je tako u mlađoj dobnoj skupini potpuno pokretno 58,75 %, u srednjoj 39,71% i u staroj 22,77 %. Iz podataka je razvidno da je opravdana podjela starijeg stanovništva u više dobnih skupina, jer se dobije potpunija slika o problemima starijih osoba koji nisu isti za mlađu, srednju i staru dobnu skupinu pa shodno tome i planiranje skrbi za starije osobe mora uvažavati demografske pokazatelje” (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.). Temeljem navedenoga, u domovima za starije gdje je najvažnija učinkovita gerijatrijska zdravstvena njega, predložena je geroprofilaksa nastanka „4N” (prevencija nepokretnosti, nesamostalnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja (Tomek-Roksandić i sur. 2012,

115) kako bi se sačuvala kvaliteta života i funkcionalna samostalnost starijih osoba. Istraživanja pokazuju da su kvalitetnija skrb i bolji zdravstveni ishodi povezani s većim brojem medicinskih sestara (Hendrich i sur. 2008; Bing-Jonsson i sur. 2016). Na razini RH prosječan broj korisnika doma za starije na jednu medicinsku sestru je 15,9, dok je prosječan broj korisnika na jednu medicinsku sestru u stacionaru 7,86 (Rusac i sur. 2017). Iz navedenoga je očito kako je broj medicinskih sestara u odnosu na broj korisnika nedostatan što stvara dodatne probleme u organizaciji i skrbi za starije. No, nije RH jedina zemlja koja se susreće s manjkom medicinskih sestara. U Norveškoj 30 % osoba koje skrbe za starije nemaju formalno medicinsko obrazovanje, a 60 % medicinskih sestara kvalificirano je samo kroz srednju medicinsku školu (Bing-Jonsson i sur. 2016).

„U SAD-u postoji velika raznolikost u tipovima smještaja za starije osobe koja ovisi o ekonomskim mogućnostima svakog pojedinca i o stupnju ovisnosti korisnika.⁵⁷ U RH smještaj starijih osoba jednostavniji je i nudi manje mogućnosti s obzirom na broj i kategorizaciju ustanova. Tako uslugu institucionalnog smještaja nudi 226 pružatelja usluga od čega su 3 državna doma, 45 županijskih (decentraliziranih) domova, 91 dom drugih osnivača, te 87 domova čiji su osnivači vjerske zajednice, udruge ili druge pravne ili fizičke osobe“ (Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.). U RH Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ razvio je Program četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije kojim se htjelo doprinijeti učinkovitom zadovoljenju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti korisnika domova. Glavni indikator za određivanje minimalnog kadrovskog standarda zdravstvenih djelatnika na broj korisnika u stambenom i stacionarnom dijelu doma za starije osobe definira se na osnovi utvrđivanja funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost korisnika (Tomek-Roksandić i sur. 2012, 112).⁵⁸ Odlazak u domove za starije načelno je vlastita odluka,

⁵⁷ Stupanj ovisnosti korisnika kreće se od niske razine, a podrazumijeva stare ljude koji žele i mogu živjeti samostalno, ali im je potrebna povremena pomoć socijalnih i zdravstvenih službi do srednje visoke i visoke razine gdje se život starih ljudi ne može odvijati bez stalne pomoći prije svega zdravstvenih službi (Korušnjak 2003, 3).

⁵⁸ Prvi stupanj gerijatrijske zdravstvene njege: minimalni stupanj za stambeni dio, pri čemu je omjer medicinskih sestara i korisnika doma 1:12

Drugi stupanj gerijatrijske zdravstvene njege: minimalni stupanj za stacionar u domu, pri čemu je omjer medicinskih sestara i korisnika doma 1:6

Treći stupanj gerijatrijske zdravstvene njege: optimalni za stacionar u domu, pri čemu je omjer medicinskih sestara i korisnika doma 1:4

međutim razlog smještaja najčešće je posljedica socijalne ili zdravstvene prirode (Brajković 2010, 45).

Zaključno možemo reći kako je procjena funkcionalne sposobnosti uz utvrđeno zdravstveno stanje starije osobe značajan kriterij za primjenu institucijske ili izvaninstitucijske zdravstvene i socijalne skrbi za starije osobe (Tomasović Mrčela i sur. 2016, 59). „U sustavu organizacije zaštite zdravlja starijih osoba, osnovni je cilj postići što dužu funkcionalnu sposobnost starijih osoba i omogućiti im što duže održati neovisnost i samostalnost. Kakav će osjećaj izazvati odlazak u dom, ovisi o stavu stare osobe, stavu okoline u kojoj se nalazi, mogućnosti zadovoljenja različitih potreba u domu, o sposobnosti prilagođavanja i slično” (Brajković 2010, 45).

Medicinske sestre u skrbi za starije

Prema gotovo svim teorijama zdravstvene njege, bolesnik/klijent bi trebao biti centar kojemu su usmjereni različiti pristupi, a on bi kao ravnopravan sudionik svoga liječenja/skrbi trebao odabrati one postupke/intervencije koji su iz njegove perspektive najbolji mogući (Kalauz 2011, 25). Mnogi se autori slažu da takav sveobuhvatan, holistički pristup, odnosno pristup čovjeku kao psihofizičkom, duhovnom i socijalno egzistencijalnom totalitetu, jest temelj za razvoj sestrinstva kao profesije (Kalauz 2011, 25). Stoga, zdravstvenu njegu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa između jedne (jedinственe) medicinske sestre i jednog (jedinственog) korisnika te usluge (Kalauz 2011, 196). Međutim, u literaturi postoje različiti koncepti odnosa kao što su, npr. odnos skrbi, interpersonalni odnos, terapijski odnos, odnos brižnosti, pri čemu nisu uvijek jasne razlike između njih (Walivaara i sur. 2013). Kod odnosa skrbi medicinska sestra brine za ljudske potrebe, pri čemu se usredotočuje na potrebe, ograničenja, ali i na preostale sposobnosti pojedinca o kojem skrbi (Granados Gamez 2009). „Zdravstvenu njegu treba promatrati i iz perspektive bolesnika. Smatra se da je primanje skrbi ključan aspekt cjelokupnog procesa zdravstvene njege, posebice kada je riječ o bolesnoj djeci i osobama starije životne dobi, no ona je važna i za zdrave i odrasle ljude. Kao dio procesa zdravstvene njege razvila se klasifikacija sestrijskih dijagnoza koja olakšava medicinskim sestrama da opišu

Četvrti stupanj gerijatrijske zdravstvene njege : maksimalni stupanj za stacionar u domu, pri čemu je omjer medicinskih sestara i korisnika doma 1:3 (Tomek-Roksandić 2012, 114).

bolesnikove probleme, a koja je drugačija od postojeće medicinske terminologije i klasifikacije medicinskih dijagnoza“ (Kalauz 2011, 197). U svom su radu medicinske sestre usmjerene prema zadovoljavanju ukupnih potreba čovjeka koje se javljaju kao posljedica narušenog zdravlja, za razliku od medicine koja je usmjerena prema liječenju bolesti koje zahvaćaju pojedine organe ili organske sustave (Kalauz 2011, 197). Tako je u sestrinskim dijagnozama usamljenost prepoznata kao problem kojeg su medicinske sestre ovlaštene identificirati i rješavati tako da u sestrinske planove, prema prioritetima, postavje sestrinsku dijagnozu s pripadajućim ciljevima i intervencijama. Primjer sestrinskih ciljeva i intervencija za sestrinsku dijagnozu usamljenost prikazan je u Tablici 3. Prema Hildegard Peplau (u Penckofer i sur. 2011), povjerenje u odnosu medicinska sestra - pacijent od esencijalnog je značaja te je autorica vjerovala da odnos između medicinske sestre i pacijenta ima utjecaja na ishod skrbi. Nadalje, Peplau ističe kako je „prava usamljenost toliko bolna da ju bolesnik mora sakriti, maskirati i braniti se od nje, a njegove obrane su ono čime se medicinska sestra mora baviti dok mu pomaže da nauči produktivno živjeti s ljudima“ (Penckofer i sur. 2011). Tako je Peplau opisala strukturu odnosa medicinske sestre i pacijenta kroz tri faze: prepoznavanje problema (orijentacijska faza), pomaganje medicinske sestre pacijentima da rade na svojim problemima pružajući im pomoć u fizičkoj skrbi te zdravstvenim savjetovanjem i poučavanjem (radna faza) te osiguranje vremena za zajedničko vrednovanje njihovog postignuća (faza završetka) (Peplau 1997 u Penckofer i sur. 2011). Također, Peplau je smatrala da poznavanjem individualnih potreba svake osobe/pacijenta, medicinska sestra pomaže u uspostavljanju brige o interakcijama koje su neophodne za odnos medicinska sestra - pacijent te je vjerovala da su mentalni poremećaji često posljedica neadekvatne komunikacije, a medicinske sestre su ključ za poticanje terapijske okoline (Penckofer i sur. 2011).

Tablica 3: Prikaz ciljeva i intervencija zdravstvene njege kod sestrinske dijagnoze usamljenost

SESTRINSKA DIJAGNOZA, PROBLEM	CILJEVI	INTERVENCIJE
Visok rizik za	- održavati više značajnih kontakata, veza	- procijeniti pacijentove/klijentove

<p>usamljenost u svezi sa smanjenom socijalnom interakcijom.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - participirati u pozitivnim i relevantnim društvenim aktivnostima, interakcijama - demonstrirati pozitivno iskorišteno vrijeme kada društvene aktivnosti nisu dostupne ili moguće. 	<p>senzorne i druge zdravstvene poteškoće koje ograničavaju klijenta u društvenoj interakciji</p> <ul style="list-style-type: none"> - pomoći klijentu identificirati periode u kojima je usamljenost najintenzivnija - uz klijentovo dopuštenje omogućiti posjet volontera, dostavu obroka i slično - pomoći klijentu identificirati njegove preostale resurse sposobnosti kako bi poboljšao samopoštovanje - procijeniti prisutnost depresije kod klijenta koja može dovesti do usamljenosti - potaknuti obitelj i prijatelje na pružanje podrške svome članu obitelji/klijentu - potaknuti klijenta na tjelesnu aktivnost, samostalno ili u grupi, ukoliko nije kontraindicirano - omogućiti aktivnosti vrtlarstva
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - omogućiti različita štiva za čitanje prema klijentovim preferencijama - kako bi se zadržala klijentova neovisnost, samostalnost, poticati ga na primjenu umjetnosti - potaknuti klijentovu obitelj da ga uključe u kućanske aktivnosti u skladu s njegovim mogućnostima - identificirati alternative za samačko objedovanje⁵⁹ - potaknuti klijenta da razmotri korištenje interneta.
--	--	---

Izvor: Ladwig i Ackley 2006, 583-587.

Interpersonalni odnos između medicinskih sestara i pacijenata neposredno je povezan sa sestrinskom skrbi kao bazom sestrinstva s naglaskom na komunikacijske vještine medicinskih sestara kao središnje točke kvalitetne zdravstvene njege radi postizanja većeg zadovoljstva pacijenata (Giménez-Espert i Prado-Gascó, 2017). Stjecanje osnovnih kompetencija od strane medicinskih sestara presudno je za kvalitetnu zdravstvenu njegu. Naime, razina stručnosti medicinskih sestara izravno utječe na sigurnost pacijenta, zdravstveno stanje, morbiditet i smrtnost, ali i na kvalitetu života (Heydari i sur. 2016).

Da bi medicinska sestra prepoznala osjećaje i potrebe starijih osoba te definirala sestrinsku dijagnozu (u ovom slučaju usamljenost) svakako osim onih elementarnih znanja koja stječe svojim formalnim obrazovanjem mora posjedovati i koristiti emocionalnu inteligenciju u svome svakodnevnom radu. Dakle, sposobnost medicinskih sestara može

⁵⁹ Klijenti su često osjetljivi na samačko objedovanje što doprinosi prehrambenim poteškoćama (Ladwig i Ackley 2006, 586).

biti povezana s nekim osobnim atributima poput emocionalne inteligencije i crta ličnosti. Neki autori tvrde da je emocionalna inteligencija važnija čak i od kvocijenta inteligencije u postizanju pozitivnih ishoda u pogledu pacijenta i zdravstvene njege (Heydari i sur. 2016). Naime, emocionalna inteligencija i empatija omogućavaju medicinskim sestrama upravljanje i regulaciju pacijentovih ali i vlastitih emocija (Giménez-Espert i Prado-Gascó 2017).

Emocionalna inteligencija je sposobnost prepoznavanja osjećaja, njihova jasnog identificiranja, razumijevanja, sposobnosti kontroliranja i uporabe za izražavanje misli (Salovey i Mayer 1990 u Lesjak i Sindik 2013, 174).⁶⁰ Goleman (2005 u Oyur Celik 2017) opisuje pet osnovnih elemenata emocionalne inteligencije: svijest pojedinca o vlastitim osjećajima (samosvijest), reguliranje vlastitih osjećaja pojedinca (samoregulacija), motivacija, empatija i društvene vještine. Nadalje, prema Mayeru i Saloveyu (1997 u Ilić 2008, 579) postoje četiri glavne sposobnosti kojima se emocionalna inteligencija realizira. „To su emocionalna percepcija, emocionalno olakšavanje razmišljanja, emocionalno razumijevanje i upravljanje emocijama. Te bi sposobnosti morale pridonijeti točnoj procjeni, razlikovanju i izučavanju vlastitih emocija, a isto tako i procjeni tuđih emocija i upotrebi emocija u planiranju i ostvarivanju ciljeva u životu“ (Ilić 2008, 579). Medicinske sestre u svome radu osim zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba svakako trebaju uzeti u obzir i pacijentove emocionalne potrebe kako bi se osigurao holistički pristup u zdravstvenoj njezi (Oyur Celik 2017). Vještine emocionalne inteligencije pomažu medicinskim sestrama u boljem i lakšem razumijevanju emocionalnih stanja u zdravstvenom okruženju, s obzirom da se od medicinskih sestara zahtijeva donošenje teških odluka u svome radu (Heydari i sur. 2016). Također, emocionalna inteligencija je karakterizirana praktičnom primjenom na različitim područjima rada s obzirom da kod

⁶⁰ Salovey i Mayer (1990 u Ilić 2008, 579) skovali su pojam emocionalna inteligencija, ali je koncept u psihološkoj javnosti primljen sa prilično kritikom, jer je unio dodatnu konfuziju u već ionako dvojbeno područje inteligencije, a konzervativniji su se psiholozi protivili integriranju pojmova koji su u klasičnoj psihološkoj teoriji bili isključivi emocija – kognicija. Ipak Salovey i Mayer razvijali su svoj koncept postavljanjem i provjeravanjem pojedinih dijelova modela, pa su tako spajanjem Gardnerove interpersonalne i intrapersonalne inteligencije i Sternbergove triarhične teorije inteligencije postavili osnovne teorijske odrednice emocionalne inteligencije. Salovey i Mayer svojim *modelom sposobnosti* definiraju emocionalnu inteligenciju kao skup mentalnih sposobnosti povezanih s emocijama i s obradom emocionalnih informacija koje pospješuju logično razmišljanje i inteligenciju te su njen sastavni dio. Ti autori smatraju da se navedene sposobnosti razvijaju s godinama i s iskustvom, pa vjeruju da su one neovisne o osobinama i talentima i o prevladavajućem načinu razmišljanja.

djelatnika koji ju primjenjuju zapaženi su sljedeći elementi: uspješnost, zadovoljstvo poslom, bolje rješavanje sukoba na radnom mjestu te bolje organizacijske sposobnosti (Ranjbar Ezzatabadi i sur. 2012).

Zaključno možemo reći kako u svakodnevnom radu medicinske sestre bilo sa zdravom ili bolesnom populacijom trebaju osim teoretskih znanja i praktičnih vještina kontinuirano primijenjivati emocionalnu inteligenciju, odnosno trebaju biti svijesne i upoznate s vlastitim emocijama, ali i poznavati i razumijeti pacijentove emocije (u ovom slučaju emocije starijih osoba) kako bi osigurale kvalitetnu zdravstvenu njegu uvažavajući pacijenta kao biopsihosocijalno biće.

2.9.2 Izvaninstitucionalni oblici skrbi

Skrb prema starijem čovjeku, umjesto aziliranja u institucije, prvenstveno treba biti usmjerena na jačanje samoaktivnosti, očuvanje neovisnosti, jačanje uloge njegove obitelji, pri čemu je cilj ovakvih pristupa prevencija preranog i patološkog starenja, odnosno odgađanje situacije u kojoj stariji čovjek više ne može živjeti izvan institucionalnog smještaja (Tomek-Roksandić i sur. 1999). Trend demografskog starenja stanovništva u RH popraćen je porastom osoba starije životne dobi koje žive u samačkom kućanstvu te postmodernističkim trendom raspada tradicionalne obitelji koja starije osobe štiti od rizika ranjivosti (Rusac i sur. 2017, 7). Stoga, starije osobe izražavaju sve veću želju za alternativnim oblicima skrbi i smještaja u kojima imaju veću mogućnost kontrole nad mjestom gdje žive, odlučivanja te prirodi i kvaliteti usluga koju primaju (Brownie i Nancarrow 2013). „Tijekom životnog ciklusa potreba za prostorom, kretanjem i korištenjem okoline mijenja se. Okolina kao socijalni element u stanovanju, susjedstvo, poznanstva u ulici i kraju, navike u vezi s trgovinom i ostalim uslugama, uhodani svakodnevni putovi imaju posebno značenje i ulogu u starijoj životnoj dobi. Stambeni prostor kao psihološki životni prostor ima posebno značenje jer stan ne čine samo zidovi nego i svi doživljaji i zbivanja koji se odvijaju unutar njih. Navike i uspomene kao i sve ono što je vezano za životno iskustvo čine stambeni prostor takvim da se osoba u njemu osjeća dobro ili loše“ (Koružnjak 2003, 2). Velika međusobna heterogenost starijih ljudi, kao i grupna heterogenost različitih lokalnih zajednica, osnovni je razlog zbog kojeg se briga za starije ljude nužno mora planirati i provoditi na razini lokalnih zajednica (Havelka i sur. 2000, 20). Stoga je od velikog značaja omogućiti starijim osobama što duži boravak u svojem domu, ali uz razvijene izvaninstitucionalne oblike skrbi. Unapređenjem izvaninstitucijske skrbi za starije osobe u lokalnoj zajednici gdje žive i stvaraju s infrastrukturnom povezanošću s domovima za starije, moguće je postojeću pasivnost i socijalnu izoliranost starijih suprotstaviti zdravom aktivnom i produktivnom starenju, pri čemu je osnovni cilj zadržati stariju osobu što je dulje moguće u njegovoj lokalnoj zajednici gdje živi (Tomek-Roksandić i sur. 2005, 188). Brojne su prednosti izvaninstitucionalnog oblika skrbi za starije ljude koji se oslanjaju na aktivnu ulogu obitelji u podršci starijim osobama: „Omogućuju zadovoljenje potreba najvećeg broja starijih ljudi, potiču aktivnost starijeg čovjeka i time usporavaju proces starenja, odvijaju se u prirodnoj obiteljskoj sredini te su prihvatljiviji i dostupniji, kako za starije ljude tako i za članove njihovih obitelji, potiču korištenje postojećih i razvijaju nove oblike obiteljskih i lokalnih

izvora pomoći i podrške, ne zahtijevaju ulaganje velikih novčanih sredstava jer se dobrim dijelom osnivaju na dobrovoljnom radu i podršci članova obitelji, dobrosusjedskoj pomoći i malim privatnim servisima u lokalnoj zajednici, pri čemu se potiče samozbrinjavanje starijih osoba“ (Tomek-Roksandić i sur. 1999).⁶¹ „Postoji nekoliko tipova izvaninstitucionalne skrbi: gerontološki centri, dnevni boravci za starije osobe, gerontodomaćice za pomoć starijim osobama te gerontoservisi” (Tomek-Roksandić i sur. 1999).⁶² Gerontološki centar omogućuje napuštanje isključive jednostrane orijentacije institucijske skrbi gdje svojom interdisciplinarnom djelatnošću osigurava poglavito dostupnost Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije (Tomek-Roksandić i sur. 2005, 188) kako bi starije osobe što je dulje moguće ostale živjeti u svome domu i okolini.⁶³ Gerontološki centri i dnevni boravci mogu lokacijski biti povezani s domovima za starije osobe, ali i ne moraju (Tomek-Roksandić 2012, 32). Što se tiče gerontodomaćica, prvo ćemo objasniti njihovo značenje. Gerontodomaćica je osoba koja pomaže nemoćnim i starijim osobama u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života i provodi osnovne postupke iz područja zdravstvene njege (Paravić 2011, 4).⁶⁴ Djelokrug

⁶¹ Više o samozbrinjavanju opisano je ranije u poglavlju 3.1.8 Samozbrinjavanje i usamljenost.

⁶² Za državu je zanimljivo da izvaninstitucionalni modeli skrbi za starije svojim preventivnim djelovanjem na usporavanje procesa patološkog i preranog starenja štede velika sredstva državnom proračunu (Tomek-Roksandić i sur. 1999).

⁶³ Usluge gerontoloških centara su sljedeće: učenje o starosti i starenju, štetnim čimbenicima bolesnog starenja, nastavku radnih aktivnosti i nakon odlaska u mirovinu; radionice o zdravim životnim navikama starijih, mediteranskoj prehrani za starije, kompjuterske radionice; socijalne, pravne, zdravstvene i psihološke usluge (poduka, savjetovanje, okupacijska i radna terapija, zdravstvena njega i rehabilitacija, terapijska gimnastika, sportski tečajevi primjereni starijima, pedikerske usluge i sl.); primjena odabranih zdravstvenih mjera u prevenciji nastanka bolesti u starosti; razvijanje novih sposobnosti za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti; sprečavanje funkcionalne onesposobljenosti bolesnih starijih; dnevni boravak za starije; dostava obroka i pomoć u kući; tehnička pomoć (organiziranje prijevoza, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara, radionice starijih sa starijima i mladih sa starijima); „roza“ telefon za starije (Tomek-Roksandić 2012, 32-33).

⁶⁴ Prema teoriji Virginije Henderson, na kojoj se zasniva praksa medicinskih sestara u Europi, zdravstvena njega obuhvaća pomoć zdravom ili bolesnom pojedincu u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili blagoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Svoju je teoriju utemeljila na teoriji ličnosti Abrahama H. Maslowa koja se odnosi na hijerarhiju motiva, vrijednosti i potreba čovjeka. Maslowljevu humanističku teoriju preuzeli su svi vodeći teoretičari sestrinstva. Maslow je ljestvicu potreba podijelio na: potrebe nedostatka (fiziološke potrebe i potreba za sigurnošću), metapotrebe ili motive rasta (potreba za pripadanjem i ljubavlju, potreba samopoštovanja, potreba samoaktualizacije) i potrebu transcencije (nadilaženje samog sebe). Za prvu grupu potreba smatrao

rada gerontodomačice u izvaninstitucionalnoj skrbi usluga svodi se na: „održavanje osobne higijene, prema nalogu medicinske sestre sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja kod nepokretnog bolesnika, priprema, serviranje hrane prema uputama i pomaganje kod prehrane korisnika, održavanje higijene stambenog prostora, pomoć pri kretanju i korištenju ortopedskih pomagala, briga i nabava kućnih potrepština, kontrola, nabava i briga o redovitom uzimanju lijekova kod korisnika koji boluju od kroničnih bolesti, vođenje dokumentacije o skrbi korisnika” (Paravić 2011, 4).⁶⁵ Što se tiče gerontoservisa kao oblika izvaninstitucionalne skrbi, on služi za „reaktivaciju uloga i iskustvenog potencijala starije osobe. Gerontoservis, kao dio djelatnosti Gerontološkog centra, promicatelj je zdravog aktivnog starenja, a starija osoba svojom produktivnom ulogom doprinosi i koristi razvoju zajednice u kojoj živi. Osobito značenje ima u prijenosu znanja, umijeća i vještina na mlađe članove zajednice u kojoj starija osoba živi, npr. jedna od djelatnosti u sklopu gerontoservisa je i osiguranje zamjenske bake i djeda, teta čuvalica” (Tomek-Roksandić 2012, 32).

Kako bi se očuvala samostalnost i autonomija starije osobe te rasteretili institucionalni oblici skrbi, potrebno je promicati boravak i skrb starijih osoba u vlastitome domu što je dulje moguće. Naime, „obiteljski i društveni odnosi temeljni su elementi kvalitete života starijih osoba, pri čemu su visoke razine usamljenosti upravo povezane s institucionalizacijom” (Health Quality Ontario 2008). Međutim, kada stariji ljudi postanu ovisni o formalnoj skrbi te uđu u fazu u kojoj je nepohodna medicinska skrb, potrebno je omogućiti institucionalnu skrb starijoj osobi, uz uvjet da starija osoba na to pristane.

je da imaju veću snagu od ostalih (Kalauz 2011, 27).

⁶⁵ U izvaninstitucionalnoj skrbi karakteristično mjesto rada gerontodomačice je kuća ili dom nemoćne ili starije osobe (Paravić 2011, 4).

3 ISTRAŽIVAČKI DIO

3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Svrha doktorske disertacije je istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine starijih osoba; onih u institucijama/domovima i starijih osoba koje su u svojim kućama/domaćinstvima te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa samopoštovanjem, samozbrinjavanjem i sociodemografskim varijablama kako bi se na osnovu dobivenih rezultata mogao osmisliti model prevencije usamljenosti.

Ciljevi:

- utvrditi razlike u doživljaju socijalne i emocionalne usamljenosti s obzirom na sociodemografska obilježja starijih osoba u institucijama i izvan institucija
- utvrditi postoje li razlike u doživljaju socijalne i emocionalne usamljenosti s obzirom na funkcionalne sposobnosti starijih osoba (sposobnost samozbrinjavanja i zdravstvenog stanja) u institucijama i izvan institucija
- utvrditi povezanost socijalne i emocionalne usamljenosti s obzirom na samopoštovanje ispitanika u institucijama i izvan institucija
- temeljem dobivenih rezultata pokušati razviti model prevencije socijalne i emocionalne usamljenosti kod starijih osoba
- prijedlog implementacije modela prevencije socijalne i emocionalne usamljenosti u zdravstveni i socijalni sustav
- prijedlog implementacije sadržaja iz socijalne gerontologije, s naglaskom na usamljenost osoba starije životne dobi, u formalno obrazovanje medicinskih sestara.

3.2 Istraživačka pitanja i hipoteze

U istraživanju će se nastojati odgovoriti na sljedeća istraživačka pitanja (IP):

IP1: Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti starijih osoba s obzirom na institucionalizirane stare osobe i stare osobe koje žive u svojim kućama?

IP2: Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti starijih osoba s obzirom na njihove sociodemografske karakteristike?

IP3: Utječe li smanjeno samopoštovanje i smanjena sposobnost samozbrinjavanja starijih osoba na pojavnost usamljenosti?

Hipoteze istraživanja:

H1: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovom mjestu stanovanja.

Osnovnu hipotezu provjerili smo sljedećim podhipozetama:

H1/a: grad ili selo

H1/b: dom za starije i nemoćne ili vlastito domaćinstvo

H1: Usamljenost ispitanika povezana je sa mjestom stanovanja ispitanika – ispitanici koji žive u gradu i u domu iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S, u odnosu na one koji žive na selu i u svome domaćinstvu.

H2: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovim sociodemografskim karakteristikama.

Osnovnu hipotezu smo provjerili sljedećim podhipotezama:

H2/a: s obzirom na dob

H2/b: s obzirom na spol

H2/c: s obzirom na stupanj obrazovanja

H2/d: s obzirom na mjesečni dohodak

H2/a: Usamljenost starijih osoba povezana je s njihovom dobi – ispitanici iznad 85 godina, iskazuju najveću razinu usamljenosti na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

H2/b: Usamljenost starijih osoba povezana je sa spolom – ženske ispitanice iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

H2/c: Usamljenost starijih osoba povezana je sa stupnjem obrazovanja – niže obrazovani starije osobe iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

H2/d: Usamljenost starijih osoba povezana je s njihovim mjesečnim dohotkom – starije osobe s nižim mjesečnim dohotkom iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

H3: Usamljenost starijih osoba ovisi o razini njihovog samopoštovanja.

H3: Usamljenost starijih osoba povezana je s njihovom razinom samopoštovanja – ispitanici koji postižu niži rezultat na Rosenbergovoj skali samopoštovanja iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

H4: Usamljenost starijih osoba ovisi o njihovoj sposobnosti samozbrinjavanja.

Starije osobe koje postižu niži rezultat na Skali za procjenu samozbrinjavanja iskazuju veću usamljenost na Skali emocionalne i socijalne usamljenosti – SELSA-S.

3.3 Istraživačka metodologija

Za prikupljanje primarnih podataka odabran je uzorak slučajnim odabirom na području grada Varaždina i Općine Vidovec, pri čemu su ispitivani ispitanici koji žive u svojim kućama i ispitanici koji su institucionalizirani u domove za starije osobe. Kao instrument istraživanja korišteni su standardizirani upitnici: Rosenbergova skala samopoštovanja (Prilog B), Skala emocionalne i socijalne usamljenosti (Prilog C) te Skala samozbrinjavanja (Prilog D). Osim standardiziranih upitnika, u prvom dijelu ankete korišteni su opći sociodemografski podaci ispitanika (Prilog A).

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Istraživanje se provodilo u periodu od početka mjeseca siječnja do kraja mjeseca travnja 2017. godine. Ispitanicima je naglašeno da je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno, da u prosjeku traje oko 30 minuta te da u svakom trenutku mogu odustati od njega ako za tim osjete potrebu. Istraživanje provedeno na ispitanicima koji žive u svojim kućama na selu provedeno je na način da se od Udruge umirovljenika zatražio popis umirovljenika koji bi mogli zadovoljiti uvjete za sudjelovanje u istraživanju, a u gradu se ispitivanje provodilo u sklopu savjetovališta (u mjesnim odborima). Odabrani ispitanici bili su posjećivani od ispitivača u svojim kućama i u mjesnim odborima te im je nakon upoznavanja sa svrhom istraživanja ponuđen anketni upitnik ako su izrazili želju da sudjeluju u istraživanju. Za ispitanike koji su institucionalizirani u domovima za starije ispitivač je od socijalnih radnika i radnih terapeuta dobio popis potencijalnih ispitanika koji zadovoljavaju kriterije za uključivanje u istraživanje. Ispitivač je na jednak način kao i

ispitanike u svojim kućama informirao o svrsi i načinu popunjavanja upitnika, zajamčenoj anonimnosti te im naglasio da u bilo kojem trenutku mogu odustati od ispitivanja.

Budući da se već kod prvih sudionika (obijsku skupina) pokazalo da imaju poteškoća prilikom samostalnog popunjavanja upitnika nakon dane upute (teško im je pisati u upitnik, slabo vide, zamaraju se i slično), kako ne bi bilo razlike u dobivanju informacija od ispitanika do ispitanika, čitavo istraživanje je provedeno usmenim putem, odnosno ispitivač je čitao pitanja i bilježio odgovore. Međutim, onim ispitanicima koji su iskazali želju da sami ispune upitnik ispitivač je to i omogućio.

Ispitanici su ispunjavali upitnike idućim redoslijedom: Polustrukturirani upitnik osobnih podataka, Rosenbergova skala samopoštovanja, SELSA - S skala socijalne i emocionalne usamljenosti, Skala samozbrinjavanja.

3.3.2 Opis uzorka

Prema zadnjem izvještaju Povjerenstva za umirovljenike grada Varaždina za 2014. godinu evidentirano je 12 000 umirovljenika, što je 25 % ukupnog stanovništva grada Varaždina (Izvješće o položaju umirovljenika i osoba starije dobi na području grada Varaždina 2014., 1). Što se tiče Općine Vidovec, prema zadnjem popisu stanovništva 2011. godine (Državni zavod za statistiku 2011), od 5467 stanovnika čak 1115 stanovnika je starije od 60 godina. Vodeći se navedenim statističkim podacima za prvu skupinu, izabran je slučajni uzorak od 178 ispitanika (Tablica 4).⁶⁶ Druga skupina sastojala se od 201 ispitanika koji su institucionalizirani u domove za starije i nemoćne (Tablica 4). Domovi koji su bili uključeni u istraživanje su (Tablica 5): Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Dom za starije i nemoćne osobe Varaždin, Dom za starije i nemoćne osobe „Novinščak“ Čakovec, Dom za starije i nemoćne osobe „Sv. Ana“, Dom za starije i nemoćne osobe „Novi Život“ te Dom za starije i nemoćne osobe „Matija“. Navedeni domovi su izabrani jer su po svojoj opremljenosti i uvjetima života najbliži uvjetima kakve bi starije osobe imale da žive u vlastitoj kući. U istraživanje nisu bili uključeni ispitanici s težim psihofizičkim oboljenjima (poput demencija, shizofrenije, PTSP-a, uznapredovali stadiji malignih oboljenja, CVI sa posljedicom afazije, potpune nepokretnosti i slično), odnosno u istraživanju su mogli sudjelovati samo oni ispitanici koji su sposobni sami se brinuti za sebe tijekom obavljanja

⁶⁶ Detaljni sociodemografski podaci ispitanika prikazani su u rezultatima istraživanja u tablicama 4 i 5.

svakodnevnih zadataka (hranjenje, hodanje, presvlačenje, kupanje). Kriteriji po kojima smo stratificirali uzorak prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3: Prikaz kriterija za stratifikaciju uzorka

Kriterij	Opis
Dob	Starije osobe od 65 godina pa nadalje
Spol	Muški ili ženski
Mjesto stanovanja	Institucija (dom za starije) ili vlastita kuća (domaćinstvo), grad ili selo
Zdravstveno stanje	Zadovoljavajuće mentalno, kognitivno i perceptivno funkcioniranje

Izvor: Anketni upitnik 2017.

3.3.3 Opis instrumenta

Anketu su činili standardizirani upitnici te polustrukturirani upitnik s općim osobnim podacima ispitanika.

Strukturirani upitnik osobnih podataka (Prilog A)

U svrhu istraživanja koristio se polustrukturirani upitnik općih podataka koji je sadržavao dob, spol, razinu obrazovanja, bračno stanje, mjesto stanovanja, stambeni prostor, imovinski status te zdravstveno stanje ispitanika.

Standardizirani upitnici

Anketa se sastojala od nekoliko standardiziranih upitnika kao što su: Rosenbergova skala samopoštovanja, SELSA-S skala emocionalne i socijalne usamljenosti te skala samozbrinjavanja (Self - Care Assessment Worksheet Norton 1996).

Rosenbergova skala samopoštovanja (Prilog B)

Rosenbergova skala samopoštovanja je skala koja sadrži 10 čestica na koje se odgovara na skali Likertovog tipa s 5 stupnjeva od 1 do 5. „Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija procjena na svakoj od čestica. Skalu je originalno konstruirao Rosenberg“ (1965 prema Lacković-Grgin 1994), a formu skale Likertovog tipa adaptirao je Crandall koji je izvještavao o njenoj dobroj pouzdanosti i valjanosti. Skala ima zadovoljavajuću pouzdanost – Cronbachov koeficijent alpha na studentima u Hrvatskoj iznosi 0,74 - 0,89, pokazuje niske korelacije sa socijalnom poželjnošću te posjeduje niz praktičnih vrijednosti - jezik ne zahtijeva visok nivo obrazovanja, sadržaj čestica je povezan s konstruktom, kratka je, olakšava administraciju i štedi vrijeme (Lacković-Grgin 1994 u Stiplošek 2002, 31). „Njome se mjeri globalna vrijednosna orijentacija prema sebi, a ne specifični aspekti samopoštovanja. Skala je korištena i na uzorcima hrvatskih sudionika i to na adolescentima, mlađim dobnim skupinama i starijim osobama.“ (Lacković- Grgin 2002). Na uzorku našeg istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha (Tablica 4) koji iznosi 0,860. S obzirom da prelazi vrijednost 0,7 navedena skala predstavlja vrlo visoku razinu pouzdanosti.

S obzirom da veći rezultat na skali ukazuje na veće samopoštovanje, negativne tvrdnje je bilo potrebno dekodirati u pozitivne, odnosno tvrdnje pod brojevima 2, 3, 4, 6 i 9 smo obrnuto bodovali.

SELSA-S skala emocionalne i socijalne usamljenosti (Prilog C)

„Među skalama emocionalne i socijalne usamljenosti u posljednjih desetak godina najviše se koristila i provjeravala SELSA-S skala (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) usamljenosti koju su konstruirali Di Tommaso i Spinner 1993.“ (Lacković-Grgin 2008, 125). Skala socijalne i emocionalne usamljenosti koja se koristila u svrhu ovog istraživanja sastojala se od tri subskale kojima se zasebno ispituju usamljenost u domenama prijateljskih odnosa (subskala socijalne usamljenosti, 13 čestica), odnosa s obitelji (subskala usamljenosti u obitelji, 11 čestica) i ljubavnih veza (subskala usamljenosti u ljubavi, 12 čestica). Sve subskale sadrže i pozitivno i negativno formulirane tvrdnje. Sam termin usamljenost ne spominje se ni u jednoj od njih. „Čestice, poredane jedna za drugom primjenjuju se kao jedinstveni instrument. Pritom čestice sa subskale socijalne usamljenosti slijede jedna za drugom dok se čestice sa subskala usamljenosti u

ljubavi i u obitelji izmjenjuju međusobno što reflektira pretpostavku da se ta dva niza čestica odnose zapravo na isti tip usamljenosti (emocionalna usamljenost)“ (Lacković-Grgin 2008, 125). Na svim subskalama ispitanik odgovara tako da procjenjuje stupanj svog slaganja s pojedinom tvrdnjom na skali Likertova tipa sa sedam stupnjeva. Na uzorku našeg istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha za socijalnu usamljenost, usamljenost u ljubavi i usamljenost u obitelji (Tablica 4). Tako Cronbach alpha za socijalnu usamljenost iznosi 0,945, za usamljenost u ljubavi 0,861, a za usamljenost u obitelji iznosi 0,914. S obzirom da su dobivene vrijednosti znatno više od 0,7, navedene subskale predstavljaju vrlo visoku razinu pouzdanosti. Ukupan rezultat ispitanika na pojedinim subskalama dobiva se zbrajanjem procjena koje je dao na pripadajućim česticama. S obzirom da veći rezultat na skali ukazuje na veću usamljenost, pozitivne tvrdnje pod brojevima 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36 obrnuto smo bodovali.

Skala samozbrinjavanja (Prilog D)

Narušena sposobnost samozbrinjavanja može se negativno odraziti na tjelesno, mentalno i duhovno funkcioniranje pojedinca. Zbog toga je od velike važnosti razvoj strategija na svim prethodno navedenim poljima samozbrinjavanja.

U ovo istraživanje je uključena i komponenta samozbrinjavanja prema Nortonovoj skali koje je javno dostupna (Self-Care Assessment Worksheet 1996). Skala se sveukupno sastoji od 6 čestica koje sadrže tvrdnje vezane uz fizičku skrb, psihološku skrb, emocionalnu skrb, duhovnu skrb, profesionalnu (radnu) skrb te ravnotežu između samozbrinjavanja i profesionalne skrbi. Upitnik smo preveli metodom duplog slijepog prijevoda. S obzirom da se u ovome radu ispituje samozbrinjavanje kao jedan od korelata usamljenosti, upitnik smo modificirali odnosno prilagodili na način da smo iz originalnog standardiziranog upitnika skratili tvrdnje iz duhovne skrbi, a isključili komponente profesionalne (radne) skrbi i ravnotežu između samozbrinjavanja i profesionalne skrbi koje se odnose na radno mjesto ispitanika (workplace or professional self-care, balance) s obzirom da ispitanici ne spadaju u radno aktivno stanovništvo, već su umirovljenici. Na uzorku našeg istraživanja izračunali smo Cronbachov koeficijent alpha za svaku subskalu samozbrinjavanja (Tablica 4). Tako za fizičku skrb iznosi 0,710, psihološku skrb 0,717, emocionalnu skrb 0,696 te za duhovnu skrb (skraćenu subskalu) iznosi 0,745. S obzirom da je originalni upitnik ujedno i alat za primjenu učinkovitih strategija za

samozbrinjavanje, umjesto sugestivnih tvrdnji u originalnom upitniku, mi smo za potrebe ovog istraživanja u prijevodu prilagodili tvrdnje u prvom licu jednine. Viša ukupna vrijednost rezultata ukazuje na višu sposobnost samozbrinjavanja.

Tablica 4: Prikaz Cronbach alpha koeficijenta za provedene instrumente

Skala	Cronbach's Alpha	Broj čestica
Rosenbergova skala	0,860	10
Socijalna usamljenost (SELSA-S skala)	0,945	13
Usamljenost u ljubavi (SELSA-S skala)	0,861	12
Usamljenost u obitelji (SELSA-S skala)	0,914	11
Fizička skrb (Skala samozbrinjavanja)	0,710	14
Psihološka skrb (Skala samozbrinjavanja)	0,717	12
Emocionalna skrb (Skala samozbrinjavanja)	0,696	10
Duhovna skrb (Skala samozbrinjavanja)	0,745	8

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 4 vidimo da sve skale, odnosno subskele prelaze vrijednost 0,7 što ukazuje na visoku i vrlo visoku razinu pouzdanosti. Jedino je emocionalna skrb iz skale samozbrinjavanja nešto niže vrijednosti. Zanimljivo je kako je duhovna skrb, koju smo za potrebe ovog istraživanja skratili iz originalnog upitnika, pokazala najvišu vrijednost od svih subskala samozbrinjavanja.

3.3.4 Obrada podataka

Prije analize podataka prema postavljenim problemima istraživanja provjerena je normalnost distribucije Kolmogorov-Smirnoff testom i Shapiro-Wilk testom (Prilog E). S obzirom da se ustvrdilo odstupanje promatranih varijabli od normalne (Gaussove) distribucije, testiranje je provedeno pomoću neparametrijskih inačica testova, odnosno Kruskal Wallis testom, Mann-Whitneyevim U testom, Wilcoxon W testom.

Prilikom statističke obrade koristila se metoda deskriptivnog prikaza podataka te metode inferencijalne statistike. U sklopu deskriptivne analize podaci su prikazani tablično u obliku apsolutnih frekvencija, postotaka i mjera centralne tendencije. Izračunali smo pripadajuće brojčane pokazatelje koji prikazuju ukupne vrijednosti svake promatrane varijable te ih prikazali putem aritmetičke sredine, a pripadajuće frekvencije su prikazane putem apsolutnih vrijednosti pojedine skale i postotnog udjela. Kako bi se uočila

povezanost između promatranih varijabli i kategorija, izračunat je Spearmanov koeficijent korelacije na zatvorenoj skali $-1 < r < 1$ kako bismo provjerili imaju li promatrane kategorije pozitivan ili negativan stupanj korelacije. Signifikantnost svih testova, prilikom testiranja, postavljena je na 5 % što predstavlja razinu pouzdanosti od 95 %, te smo na osnovu dobivenih signifikantnosti odlučili o prihvatanju ili odbacivanju postavljenih hipoteza.

U svrhu statističke analize upotrijebili smo statistički program SPSS (inačica 21.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

3.4 Etički vidik

Etika u istraživanju odnosi se na primjenu etičkih načela i prikladnost ponašanja u pripremi i provedbi istraživanja te analizi i interpretaciji rezultata (Tkalac Verčič i sur. 2010, 5).

Plan za provedbu ove studije pregledan je i prihvaćen od strane „Komisije za raziskovalno delo“ Alme Mater Europaeae u Mariboru, u ožujku 2017. godine.

Za provedbu istraživanja, kod starijih osoba koji žive u svojim kućama, dobivena je usmena suglasnost svakog ispitanika ponaosob, a za provedbu istraživanja kod institucionaliziranih starijih osoba dobivene su suglasnosti Upravnih odbora sljedećih domova za starije: Caritasova doma „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Doma za starije i nemoćne osobe Varaždin, Doma za starije i nemoćne osobe „Novinščak“ Čakovec, Doma za starije i nemoćne osobe „Sv. Ana“, Doma za starije i nemoćne osobe „Novi Život“ te Doma za starije i nemoćne osobe „Matija“.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je potpuno anonimno i dobrovoljno. Ispitivač je objasnio ispitanicima da se rezultati ne analiziraju ponaosob već skupno te da su upitnici potpuno anonimni bez imena i prezimena ili nekih drugih identifikacijskih podataka. Ispitanici su bili upoznati s pravom da mogu u bilo kojem trenutku odustati od istraživanja ako za to izraze potrebu i želju.

4 PRETPOSTAVKE I OGRANIČENJA PRI RJEŠAVANJU PROBLEMA

Naposlijetku, potrebno je naznačiti ograničenja provedenog istraživanja, ponajprije ograničenja uzorka i odabranog nacrta istraživanja. Uzorak se sastojao od dvije različite i relativno male skupine sudionika što može negativno utjecati na reprezentativnost uzorka i smanjiti mogućnost generalizacije rezultata. Tako veličina uzorka i činjenica da se istraživanje provelo u danom trenutku a ne kroz duže razdoblje, ograničuje valjanost procjena i onemogućuje dinamičku analizu, odnosno provedeno istraživanje dalo je samo uvid u trenutačno stanje sudionika te je na taj način onemogućeno mjerenje trajnosti (dinamike) usamljenosti. Također sudionici koji su u domu i sudionici u kućama kako se razlikuju u uzorku ovog istraživanja tako se razlikuju i u populaciji po pitanju dobi, spola, zdravstvenog stanja, obrazovanja i bračnog stanja. Nadalje podatke koji su interpretirani osim autora ovog rada prikupljali su i socijalni radnici i radni terapeuti (za sudionike u domovima umirovljenika) te se taj dio prikupljanja podataka odvijao izvan kontrole autora ovog istraživanja. S obzirom da se istraživanje temeljilo na samoiskazima odnosno samoprocjeni starijih osoba te zbog njihovog brzog zamaranja pri samostalnom rješavanju upitnika, anketiranje je provedeno usmenim putem, pa postoji mogućnost da su sudionici davali socijalno poželjne odgovore.

Kao sljedeći ograničavajući čimbenik je sama dobna podjela koju smo koristili u istraživanju, pri čemu je dob sudionika kao jedna vrlo važna varijabla prikupljena prema dobnim rasponima umjesto precizno zbog čega je dobivena nejednakost u veličinama podskupina. Tako srednja dob (od 75-85) obuhvaća čak deset godina što je ogroman raspon u starijoj dobi i može značiti velike razlike funkcionalnoj sposobnosti. Sljedeći značajan nedostatak je kros-sekcijski nacrt istraživanja pri čemu su zaključci ovog istraživanja isključivo korelacijske prirode te kao takve ne predstavljaju uzročno-posljedične odnose među varijablama.

5 OCJENA DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

U Republici Hrvatskoj (RH), osim problema demografskog starenja prisutna je i depopulacija zbog iseljavanja i niske razine nataliteta općenito u RH (Urelija 2012, 4). Prevencija ili barem smanjenje intenziteta socijalne i emocionalne usamljenosti kod starijih osoba od velikog je javnozdravstvenog značaja s obzirom da potencira nastanak mentalnih oboljenja poput „anksioznosti, kognitivnih poteškoća“ (Shahidi 2013, 72), pothranjenosti starijih osoba, posebice u dobi od 75 i više godina (Arai i Sakakibara 2015, 380) te je prediktor smanjene funkcionalnosti i ranijeg umiranja (Perissinotto i sur. 2012). Dosadašnja istraživanja su pokazala kako su niže razine usamljenosti povezane s brakom (Hawkey i sur. 2005, 799; Smith 2002, 6), višom razinom obrazovanja, višim materijalnim statusom (Savikko i sur. 2005, 223), religioznosti i socijalnom podrškom (Cummings i sur. 2003, 23). Povišena razina usamljenosti povezana je sa samačkim kućanstvom (Routasalo i sur. 2006, 181), nedovoljnim socijalnim kontaktima s prijateljima i obitelji (Hawkey i sur. 2005, 798, Routasalo i sur. 2006, 181), narušenim zdravstvenim stanjem (Hawkey i sur. 2009, 375; Cacioppo i sur. 2002, 407; Hawkey i sur. 2010, 132; Shankar i sur. 2011, 377; Segrin i Passalacqua 2010, 312; Segrin i Domschke 2011, 221), niskim socioekonomskim statusom (Savikko i sur. 2005, 223), kroničnim stresom na poslu i okolini, nedostatkom povjerenja u braku (Hawkey i sur. 2009, 378).

Dosadašnja svjetska istraživanja proučavala su utjecaj usamljenosti na zdravstveno funkcioniranje starijih osoba te su se bavila istraživanjem usamljenosti kroz različite korelate (spol, bračno stanje, socijalni kontakti, samačka kućanstva, obrazovanje, materijalno stanje i slično). Međutim, u RH iznimno je malo istraživanja te tematike, posebice kada govorimo o usamljenosti kod osoba starije životne dobi, jer je većina provedenih istraživanja usamljenosti provođena na skupinama mlađe životne dobi (adolescenata), a s obzirom na negativne demografske trendove zbog kojih je sve više starijeg stanovništva, smatrali smo opravdanim provesti ovo istraživanje. Također, nismo pronašli istraživanja koja povezuju usamljenost sa samopoštovanjem i samozbrinjavanjem, ni u domaćoj, ni u svjetskoj literaturi.

6 REZULTATI

Prilikom prikaza rezultata, pitanja su podijeljena prema definiranim tematskim cjelinama. Tvrdnje, odnosno pitanja koje su zajedničke objema skupinama ispitanika prikazane su usporedno u zajedničkim tablicama, a prepoznaju se po oznakama: Slovo „D” označava rezultate za ispitanike u domu/instituciji, a slovo „K” označava rezultate ispitanika u kućama/domaćinstvima. Tvrdnje, odnosno pitanja koja se odnose za samo jednu skupinu (npr. mjesečni dohodak, veličina stambenog prostora i sl. za ispitanike u svojim kućama) prikazana su u zasebnim tablicama.

6.1 Karakteristike ispitanika

Tablica 5: Prikaz ukupnog broja ispitanika

Ukupan broj ispitanika		N	%
Ispitanici	Smješteni u domovima/institucijama	201	53,0%
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	178	47,0%
	Ukupno	379	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 5 se može iščitati kako je 53,0 % ispitanika smješteno u domovima/institucijama, dok je 47,0 % ispitanika smješteno u kućama/domaćinstvima.

Tablica 6: Prikaz broja ispitanika prema pojedinim institucijama

		N	%
Domovi	Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj ”	27	13,4%
	Dom Novinščak	42	20,9%
	Dom Varaždin	64	31,8%
	Dom Sv. Ane	29	14,4%
	Dom Novi Život	25	12,4%
	Dom Matija	14	7,0%
	Ukupno	201	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledaju li se podatci za zastupljene domove, može se uočiti kako je 13,4 % ispitanika smješteno u Caritasovom domu „Sv. Ivan Krstitelj“, 20,9 % je smješteno u Domu Novinščak, 31,8 % je smješteno u domu Varaždin, 14,4 % je smješteno u Domu Sv. Ane, 12,4 % je smješteno u Domu Novi Život, dok je 7,0 % ispitanika smješteno u Domu Matija.

Tablica 7: Prikaz odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama

		N	%
Mjesto stanovanja	Bez odgovora	0	0,0%
	Grad	45	25,3%
	Selo	133	74,7%
	Ukupno	178	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 7 vidi se kako 25,3 % ispitanika živi u gradu, a 74,7 % ispitanika na selu.

Tablica 8: Vrsta domaćinstva za ispitanike koji žive u svojim kućama

		N	%
Vrsta domaćinstva	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	42	23,6%
	Domaćinstvo s više članova	136	76,4%
	Ukupno	178	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 8 se vidi kako 23,6 % ispitanika živi u samačkom domaćinstvu, a 76,4 % živi u domaćinstvu s više članova.

Tablica 9: Prikaz članova s kojima žive ispitanici u svojim kućama

		N	%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: supružnik .	Da	79	44,4%
	Ne	99	55,6%
	Ukupno	178	100,0%

Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: sin/sinovi .	Da	82	46,1%
	Ne	96	53,9%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: kćer/i .	Da	24	13,5%
	Ne	154	86,5%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: snaha/e .	Da	58	32,6%
	Ne	120	67,4%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: zet .	Da	10	5,6%
	Ne	168	94,4%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: unuk/unuci .	Da	73	41,0%
	Ne	105	59,0%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: praunuk/praunuci .	Da	4	2,2%
	Ne	174	97,8%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: majka/otac, svekar/svekrva, punac/punica .	Da	5	2,8%
	Ne	173	97,2%
	Ukupno	178	100,0%
Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova, molimo Vas da ih navedete: ostalo .	Da	7	3,9%
	Ne	171	96,1%
	Ukupno	178	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 9 vidi se kako najviše ispitanika živi sa sinom/sinovima (46,1 %), supružnikom (44,4 %) te sa unukom/unucima (41,0 %) i snahom/snahama (32,6 %).

Tablica 10: Prikaz veličine stambenog prostora

	N	%

Veličina Vašeg stambenog prostora	Bez odgovora	0	0,0%
	Manje od 50 m ²	21	11,8%
	Od 50-100 m ²	101	56,7%
	Više od 100 m ²	56	31,5%
	Ukupno	178	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 10 vidimo da najveći broj ispitanika (56,7 %) navodi da živi u stambenom prostoru veličine 50 – 100 m².

Tablica 11: Prikaz visine mjesečnog dohotka

		N	%
Vaš mjesečni dohodak iznosi	Bez odgovora	1	0,6%
	Manje od 1000 kn	9	5,1%
	Od 1000 - 2400 kn	92	51,7%
	Od 2400 - 3400 kn	49	27,5%
	Od 3400 - 4500 kn	17	9,6%
	Više od 4500 kn	10	5,6%
	Ukupno	178	100,0%

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Kod ukupno 51,7 % ispitanika visina mjesečnog dohotka iznosi od 1000 – 2400 kn (Tablica 11).

Tablica12: Prikaz ispitanika prema spolu ^{D, K}

		N		%	
		D	K	D	K
Spol	bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%
	Muško	58	57	28,9%	32,0%
	Žensko	142	121	70,6%	68,0%
	Ukupno	201		100,0%	100,0%

Legenda: D-označava ispitanike u domu/instituciji, K-označava ispitanike u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 12 vidimo da je u instituciji 28,9 % ispitanika muškog spola, a 70,6 % ispitanika ženskog spola. U kućama je 32,0 % ispitanika muškog spola, a 68,0 % ispitanika ženskog spola.

Tablica 13: Prikaz ispitanika s obzirom na godine

		D	K
N	Valjanih	196	177
	Nedostaje	5	1
\bar{x}		80,64	71,41
SD		6,481	5,776
Min		65	65
Max		94	89

Legenda: D-označava ispitanike u domu/instituciji, K-označava ispitanike u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 13 vidimo da je prosjek starosti ispitanika u institucijama 80,64 godine, a u kućama 71,41 godina.

Tablica 14: Prikaz razine obrazovanja ispitanika

		N		%	
		D	K	D	K
Razina obrazovanja	Bez odgovora	6	0	3,0%	0,0%
	Osnovna škola	101	73	50,2%	41,0%
	Srednja škola	72	79	35,8%	44,4%
	Viša škola	12	19	6,0%	10,7%
	Visoka škola	10	7	5,0%	3,9%
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%

Legenda: D-označava ispitanike u domu/instituciji, K-označava ispitanike u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 14 vidimo kako 50,2 % ispitanika koji žive u institucijama imaju završenu osnovnu školu, a 35,8 % ispitanika ima završenu srednju školu. 41,0 % ispitanika koji žive

u kućama ima završenu osnovnu školu, 44,4 % ispitanika ima srednju školu, a 3,9 % ispitanika ima visoku školu.

Tablica 15: Prikaz ispitanika prema bračnom stanju

		N		%	
		D	K	D	K
Bračno stanje	Bez odgovora	0	0	0,0%	0,0%
	Neudana/neoženjen	16	11	8,0%	6,2%
	Udovac/udovica	140	79	69,7%	44,4%
	Razveden/a	25	10	12,4%	5,6%
	U braku	20	78	10,0%	43,8%
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%

Legenda: D-označava ispitanike u domu/instituciji, K-označava ispitanike u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 15 vidimo kako u institucijama 69,7 % ispitanika navodi da su udovac/udovica, 12,4 % navodi da su razvedeni, dok je 10,0 % u braku. 44,4 % ispitanika koji žive u kućama navode kako su udovac/udovica, a 43,8 % su u braku.

Tablica 16: Prikaz odgovora ispitanika o njihovom zdravstvenom stanju

		N		%	
		D	K	D	K
Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje?	Bez odgovora	1	1	0,5%	0,6%
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	11	10	5,5%	5,6%
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	118	138	58,7%	77,5%
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	71	29	35,3%	16,3%
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%

Legenda: D-označava ispitanike u domu/instituciji, K-označava ispitanike u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 16 vidimo da u institucijama 58,7 % ispitanika navodi dobro zdravstveno stanje, a 35,3 % ispitanika navodi zabrinjavajuće zdravstveno stanje. 77,5 % ispitanika u kućama

navodi dobro zdravstveno stanje, a 16,3 % ispitanika navodi zabrinjavajuće zdravstveno stanje.

6.2 Deskriptivni pokazatelji prema mjernim instrumentima

Na sljedećim ćemo stranicama prikazati deskriptivne pokazatelje za: *Rosenbergovu skalu samopoštovanja, socijalnu usamljenost, usamljenost u ljubavi, usamljenost u obitelji, fizičku skrb, psihološku skrb, emocionalnu skrb i duhovnu skrb*. Za svaku skupinu pitanja bit će prikazane frekvencije i postotci, aritmetička sredina i standardna devijacija. Komentirat ćemo pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Tablica 17: Rosenbergova skala samopoštovanja

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Općenito govoreći, zadovoljan sam sobom.	1	6	4	3,0%	2,2%				
	2	15	11	7,5%	6,2%				
	3	37	43	18,4%	24,2%				
	4	62	53	30,8%	29,8%				
	5	81	67	40,3%	37,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,98	3,94	1,08	1,03
Želio bih da imam više poštovanja prema samom sebi.	Bez odgovora	0	1	0,0%	0,6%				
	1	40	40	19,9%	22,5%				
	2	24	30	11,9%	16,9%				
	3	55	39	27,4%	21,9%				
	4	45	44	22,4%	24,7%				
	5	37	24	18,4%	13,5%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,07	2,88	1,37	1,38	
Osjećam da nemam puno toga čime bih se mogao	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	69	58	34,3%	32,6%				
	2	46	42	22,9%	23,6%				
	3	28	33	13,9%	18,5%				
	4	40	25	19,9%	14,0%				

ponositi.	5	17	20	8,5%	11,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,44	2,48	1,37	1,37
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim.	1	71	79	35,3%	44,4%				
	2	47	43	23,4%	24,2%				
	3	30	24	14,9%	13,5%				
	4	29	19	14,4%	10,7%				
	5	24	13	11,9%	7,3%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,44	2,12	1,40	1,29
Sposoban sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	18	6	9,0%	3,4%				
	2	22	14	10,9%	7,9%				
	3	45	29	22,4%	16,3%				
	4	48	64	23,9%	36,0%				
	5	67	65	33,3%	36,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,60	3,94	1,32	1,07
S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim.	1	73	85	36,3%	47,8%				
	2	45	34	22,4%	19,1%				
	3	39	30	19,4%	16,9%				
	4	29	21	14,4%	11,8%				
	5	15	8	7,5%	4,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,34	2,06	1,30	1,24
Osjećam da sam isto toliko sposoban kao i većina ljudi.	1	10	7	5,0%	3,9%				
	2	27	13	13,4%	7,3%				
	3	43	33	21,4%	18,5%				
	4	54	61	26,9%	34,3%				
	5	67	64	33,3%	36,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,70	3,91	1,20	1,09
Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.	1	3	2	1,5%	1,1%				
	2	12	9	6,0%	5,1%				
	3	28	38	13,9%	21,3%				
	4	64	64	31,8%	36,0%				
	5	94	65	46,8%	36,5%				

	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,16	4,02	,98	,94
Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.	1	77	99	38,3%	55,6%				
	2	45	21	22,4%	11,8%				
	3	37	37	18,4%	20,8%				
	4	31	14	15,4%	7,9%				
	5	11	7	5,5%	3,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,27	1,93	1,27	1,20
Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi.	1	2	3	1,0%	1,7%				
	2	15	11	7,5%	6,2%				
	3	27	34	13,4%	19,1%				
	4	72	49	35,8%	27,5%				
	5	85	81	42,3%	45,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,11	4,09	,97	1,02

Legenda: 1-u potpunosti netočno, 2-uglavnom netočno, 3-niti točno niti netočno, 4-uglavnom točno, 5-u potpunosti točno, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Za ispitanike u institucijama (Tablica 17) najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora bilježimo za tvrdnje *osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina* kojima aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,16 dok standardna devijacija iznosi 0,98, zatim *mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi* kojoj aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,11 dok standardna devijacija iznosi 0,97. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,27 dok standardna devijacija iznosi 1,27, zatim *s vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,34 dok standardna devijacija iznosi 1,30.

Za ispitanike koji žive u svojim kućama (Tablica 17) najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora bilježimo za pitanja *mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,09 dok standardna devijacija iznosi 1,02, zatim *osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,02 dok standardna devijacija iznosi 0,94. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,93 dok standardna devijacija iznosi 1,20, zatim *s vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim*

gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,06 dok standardna devijacija iznosi 1,24.

Tablica 18: Socijalna usamljenost

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Ono što je meni važno ne čini se da je važno ljudima koje znam.	bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	8	6	4,0%	3,4%				
	2	11	10	5,5%	5,6%				
	3	17	17	8,5%	9,6%				
	4	60	33	29,9%	18,5%				
	5	39	41	19,4%	23,0%				
	6	28	33	13,9%	18,5%				
	7	37	38	18,4%	21,3%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,69	4,93	1,64	1,63	
Nemam prijatelja koji dijeli moja stajališta.	1	53	55	26,4%	30,9%				
	2	45	37	22,4%	20,8%				
	3	28	24	13,9%	13,5%				
	4	25	24	12,4%	13,5%				
	5	20	17	10,0%	9,6%				
	6	13	14	6,5%	7,9%				
	7	17	7	8,5%	3,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,10	2,89	1,93	1,82
Postoji krug prijatelja čiji sam ja dio.	1	14	4	7,0%	2,2%				
	2	9	8	4,5%	4,5%				
	3	5	11	2,5%	6,2%				
	4	25	14	12,4%	7,9%				
	5	31	38	15,4%	21,3%				
	6	45	38	22,4%	21,3%				
	7	72	65	35,8%	36,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,35	5,52	1,81	1,58
Moji prijatelji razumiju moje	1	12	5	6,0%	2,8%				
	2	10	5	5,0%	2,8%				

potrebe i razmišljanja.	3	6	11	3,0%	6,2%				
	4	25	25	12,4%	14,0%				
	5	35	34	17,4%	19,1%				
	6	44	44	21,9%	24,7%				
	7	69	54	34,3%	30,3%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,33	5,39	1,77	1,55
Uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem.	Bez odgovora	0	1	0,0%	0,6%				
	1	10	4	5,0%	2,2%				
	2	3	6	1,5%	3,4%				
	3	8	14	4,0%	7,9%				
	4	23	18	11,4%	10,1%				
	5	45	47	22,4%	26,4%				
	6	44	34	21,9%	19,1%				
	7	68	54	33,8%	30,3%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,46	5,32	1,61	1,59
Imam puno zajedničkog s ljudima koje poznajem.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	9	3	4,5%	1,7%				
	2	5	3	2,5%	1,7%				
	3	10	14	5,0%	7,9%				
	4	30	27	14,9%	15,2%				
	5	30	36	14,9%	20,2%				
	6	44	36	21,9%	20,2%				
	7	72	59	35,8%	33,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,41	5,44	1,71	1,50
Imam prijatelje kojima se mogu obratiti za savjet.	Bez odgovora	1	2	0,5%	1,1%				
	1	11	5	5,5%	2,8%				
	2	14	8	7,0%	4,5%				
	3	7	12	3,5%	6,7%				
	4	22	12	10,9%	6,7%				
	5	32	27	15,9%	15,2%				
	6	36	34	17,9%	19,1%				
	7	78	78	38,8%	43,8%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,32	5,56	1,88	1,77

Sviđaju mi se ljudi s kojima se družim.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	4	5	2,0%	2,8%				
	2	9	5	4,5%	2,8%				
	3	11	4	5,5%	2,2%				
	4	15	15	7,5%	8,4%				
	5	30	31	14,9%	17,4%				
	6	46	38	22,9%	21,3%				
	7	85	80	42,3%	44,9%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,65	5,79	1,63	1,51	
Mogu računati na pomoć svojih prijatelja.	Bez odgovora	2	0	1,0%	0,0%				
	1	7	6	3,5%	3,4%				
	2	16	5	8,0%	2,8%				
	3	8	10	4,0%	5,6%				
	4	21	16	10,4%	9,05				
	5	28	19	13,9%	10,75				
	6	42	48	20,9%	27,0%				
	7	77	74	38,3%	41,6%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,36	5,68	1,85	1,61	
Imam prijatelje s kojima mogu razgovarati o onome što me tišti u mom životu.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	11	9	5,5%	5,1%				
	2	19	8	9,5%	4,5%				
	3	8	11	4,0%	6,2%				
	4	16	20	8,0%	11,2%				
	5	28	29	13,9%	16,3%				
	6	39	36	19,4%	20,2%				
	7	79	65	39,3%	36,5%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,29	5,36	1,95	1,77	
Nemam prijatelje koji me razumiju.	Bez odgovora	2	0	1,0%	0,0%				
	1	80	100	39,8%	56,2%				
	2	37	25	18,4%	14,0%				
	3	29	12	14,4%	6,7%				
	4	10	13	5,0%	7,3%				
	5	11	11	5,5%	6,2%				

	6	20	6	10,0%	3,4%				
	7	12	11	6,0%	6,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,69	2,28	1,98	1,87
Nisam zadovoljan prijateljima koje imam.	Bez odgovora	2	1	1,0%	0,6%				
	1	78	97	38,8%	54,5%				
	2	45	30	22,4%	16,9%				
	3	16	13	8,0%	7,3%				
	4	18	17	9,0%	9,6%				
	5	16	6	8,0%	3,4%				
	6	16	7	8,0%	3,9%				
	7	10	7	5,0%	3,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,66	2,16	1,92	1,71
Imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	13	9	6,5%	5,1%				
	2	16	3	8,0%	1,7%				
	3	11	6	5,5%	3,4%				
	4	13	13	6,5%	7,3%				
	5	35	28	17,4%	15,7%				
	6	55	41	27,4%	23,0%				
	7	57	78	28,4%	43,8%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,14	5,71	1,89	1,63

Legenda: 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-donekle se ne slažem, 4-niti se slažem, niti se ne slažem, 5-donekle se slažem, 6-uglavnom se slažem, 7-potpuno se slažem, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik, 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji su u institucijama (Tablica 18) bilježimo za tvrdnje *sviđaju mi se ljudi s kojima se družim* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,65 dok standardna devijacija iznosi 1,63, zatim *uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,46 dok standardna devijacija iznosi 1,61. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *nisam zadovoljan prijateljima*

koje imam gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,66 dok standardna devijacija iznosi 1,92, zatim *nemam prijatelje koji me razumiju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,69 dok standardna devijacija iznosi 1,98.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 18) bilježimo za pitanja *sviđaju mi se ljudi s kojima se družim* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,79 dok standardna devijacija iznosi 1,51, zatim *imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,71 dok standardna devijacija iznosi 1,63. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *nisam zadovoljan prijateljima koje imam* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,16 dok standardna devijacija iznosi 1,71, zatim *nemam prijatelje koji me razumiju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,28 dok standardna devijacija iznosi 1,87.

Tablica 19: Usamljenost u ljubavi

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Važan sam dio nečijeg života.	1	8	7	4,0%	3,9%				
	2	13	4	6,5%	2,2%				
	3	7	5	3,5%	2,8%				
	4	18	23	9,0%	12,9%				
	5	20	23	10,0%	12,9%				
	6	59	34	29,4%	19,1%				
	7	76	82	37,8%	46,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,54	5,70	1,73	1,62
Imam ljubavnu vezu u kojoj s partnerom dijelim najskrovitije misli i osjećaje.	Bez odgovora	5	2	2,5%	1,1%				
	1	142	80	70,6%	44,9%				
	2	11	3	5,5%	1,7%				
	3	5	0	2,5%	0,0%				
	4	5	14	2,5%	7,9%				
	5	8	8	4,0%	4,5%				
	6	5	20	2,5%	11,2%				
	7	20	51	10,0%	28,7%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,03	3,70	2,05	2,71	

Postoji netko tko želi svoj život dijeliti sa mnom.	Bez odgovora	3	2	1,5%	1,1%				
	1	83	54	41,3%	30,3%				
	2	11	11	5,5%	6,2%				
	3	10	6	5,0%	3,4%				
	4	7	8	3,5%	4,5%				
	5	11	8	5,5%	4,5%				
	6	15	28	7,5%	15,7%				
	7	61	61	30,3%	34,3%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,66	4,28	2,69	2,63	
Imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio.	Bez odgovora	6	0	3,0%	0,0%				
	1	150	112	74,6%	62,9%				
	2	10	14	5,0%	7,9%				
	3	6	10	3,0%	5,6%				
	4	2	13	1,0%	7,3%				
	5	8	15	4,0%	8,4%				
	6	7	8	3,5%	4,5%				
	7	12	6	6,0%	3,4%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,80	2,17	1,82	1,81	
Želio bih da mogu reći nekome u koga sam zaljubljen da ga volim.	Bez odgovora	5	2	2,5%	1,1%				
	1	145	106	72,1%	59,6%				
	2	11	11	5,5%	6,2%				
	3	5	11	2,5%	6,2%				
	4	6	14	3,0%	7,9%				
	5	5	12	2,5%	6,7%				
	6	6	12	3,0%	6,7%				
	7	18	10	9,0%	5,6%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,96	2,35	1,98	2,00	
Imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam.	Bez odgovora	5	0	2,5%	0,0%				
	1	152	88	75,6%	49,4%				
	2	9	6	4,5%	3,4%				
	3	2	3	1,0%	1,7%				
	4	4	9	2,0%	5,1%				
5	4	4	2,0%	2,2%					

	6	7	18	3,5%	10,1%				
	7	18	50	9,0%	28,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,89	3,50	1,98	2,71
Zateknem sebe ponekad kako čeznem za nekim s kime bih dijelio svoj život.	Bez odgovora	4	0	2,0%	0,0%				
	1	110	83	54,7%	46,6%				
	2	13	14	6,5%	7,9%				
	3	6	6	3,0%	3,4%				
	4	13	10	6,5%	5,6%				
	5	15	23	7,5%	12,9%				
	6	14	15	7,0%	8,4%				
	7	26	27	12,9%	15,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,72	3,16	2,33	2,39
Zaljubljen sam u nekoga tko je također zaljubljen u mene.	Bez odgovora	4	1	2,0%	0,6%				
	1	145	85	72,1%	47,8%				
	2	9	4	4,5%	2,2%				
	3	3	4	1,5%	2,2%				
	4	5	12	2,5%	6,7%				
	5	6	16	3,0%	9,0%				
	6	9	16	4,5%	9,0%				
	7	20	40	10,0%	22,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,07	3,42	2,10	2,58
Imam nekoga tko zadovoljava moje potrebe za bliskošću.	Bez odgovora	4	2	2,0%	1,1%				
	1	68	15	33,8%	8,4%				
	2	16	6	8,0%	3,4%				
	3	9	8	4,5%	4,5%				
	4	13	21	6,5%	11,8%				
	5	15	35	7,5%	19,7%				
	6	30	34	14,9%	19,1%				
	7	46	57	22,9%	32,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,76	5,13	2,54	1,93
Postoji netko tko	Bez odgovora	5	1	2,5%	0,6%				
	1	64	16	31,8%	9,0%				

zadovoljava moje emocionalne potrebe.	2	8	3	4,0%	1,7%				
	3	13	12	6,5%	6,7%				
	4	14	22	7,0%	12,4%				
	5	11	27	5,5%	15,2%				
	6	29	34	14,4%	19,1%				
	7	57	63	28,4%	35,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,00	5,20	2,59	1,93
U ljubavnoj sam vezi s osobom čijoj sreći ja doprinosim.	Bez odgovora	4	4	2,0%	2,2%				
	1	150	74	74,6%	41,6%				
	2	6	4	3,0%	2,2%				
	3	4	3	2,0%	1,7%				
	4	4	10	2,0%	5,6%				
	5	6	7	3,0%	3,9%				
	6	11	20	5,5%	11,2%				
	7	16	56	8,0%	31,5%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,98	3,81	2,02	2,74	
Želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva.	Bez odgovora	6	2	3,0%	1,1%				
	1	139	107	69,2%	60,1%				
	2	12	18	6,0%	10,1%				
	3	5	5	2,5%	2,8%				
	4	6	8	3,0%	4,5%				
	5	6	13	3,0%	7,3%				
	6	11	14	5,5%	7,9%				
	7	16	11	8,0%	6,2%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,04	2,34	2,03	2,06	

Legenda: 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-donekle se ne slažem, 4-niti se slažem, niti se ne slažem, 5-donekle se slažem, 6-uglavnom se slažem, 7-potpuno se slažem, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 19) bilježimo za pitanja *važan sam dio nečijeg života* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,54 dok standardna devijacija iznosi 1,73, zatim *postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi

4,00 dok standardna devijacija iznosi 2,59. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,80 dok standardna devijacija iznosi 1,82, zatim *imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,89 dok standardna devijacija iznosi 1,98.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 19) bilježimo za pitanja *važan sam dio nečijeg života* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,70 dok standardna devijacija iznosi 1,62, zatim *postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,20 dok standardna devijacija iznosi 1,93. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,17 dok standardna devijacija iznosi 1,81, zatim *želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,34 dok standardna devijacija iznosi 2,06.

Tablica 20: Usamljenost u obitelji

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Osjećam se sam kad sam sa svojom obitelji.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	89	79	44,3%	44,4%				
	2	45	28	22,4%	15,7%				
	3	12	9	6,0%	5,1%				
	4	15	15	7,5%	8,4%				
	5	17	21	8,5%	11,8%				
	6	12	16	6,0%	9,0%				
	7	10	10	5,0%	5,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,50	2,77	1,88	2,04
Nikome u mojoj obitelji nije stvarno stalo do	1	104	101	51,7%	56,7%				
	2	42	34	20,9%	19,1%				
	3	16	9	8,0%	5,1%				
	4	11	16	5,5%	9,0%				

mene.	5	12	9	6,0%	5,1%				
	6	7	6	3,5%	3,4%				
	7	9	3	4,5%	1,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,21	2,03	1,73	1,55
Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje.	Bez odgovora	2	0	1,0%	0,0%				
	1	115	107	57,2%	60,1%				
	2	40	29	19,9%	16,3%				
	3	9	10	4,5%	5,6%				
	4	12	12	6,0%	6,7%				
	5	7	8	3,5%	4,5%				
	6	3	5	1,5%	2,8%				
	7	13	7	6,5%	3,9%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,06	2,03	1,75	1,67	
Zaista mi je stalo do moje obitelji.	Bez odgovora	1	0	0,5%	0,0%				
	1	9	2	4,5%	1,1%				
	2	2	1	1,0%	0,6%				
	3	2	3	1,0%	1,7%				
	4	5	7	2,5%	3,9%				
	5	16	19	8,0%	10,7%				
	6	38	32	18,9%	18,0%				
	7	128	114	63,7%	64,0%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	6,18	6,33	1,53	1,15	
Osjećam da doista pripadam u svoju obitelj.	Bez odgovora	1	1	0,5%	0,6%				
	1	15	3	7,5%	1,7%				
	2	5	4	2,5%	2,2%				
	3	2	4	1,0%	2,2%				
	4	11	16	5,5%	9,0%				
	5	23	25	11,4%	14,0%				
	6	37	28	18,4%	15,7%				
	7	107	97	53,2%	54,5%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,78	5,95	1,83	1,50	
Želio bih da	Bez odgovora	4	2	2,0%	1,1%				
	1	50	75	24,9%	42,1%				

je mojoj obitelji više stalo do moje sreće.	2	37	27	18,4%	15,2%				
	3	14	13	7,0%	7,3%				
	4	27	12	13,4%	6,7%				
	5	20	21	10,0%	11,8%				
	6	15	16	7,5%	9,0%				
	7	34	12	16,9%	6,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,49	2,81	2,25	2,09
Osjećam se blizak svojoj obitelji.	Bez odgovora	3	1	1,5%	0,6%				
	1	12	2	6,0%	1,1%				
	2	3	4	1,5%	2,2%				
	3	4	7	2,0%	3,9%				
	4	16	15	8,0%	8,4%				
	5	24	23	11,9%	12,9%				
	6	51	41	25,4%	23,0%				
	7	88	85	43,8%	47,8%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,65	5,88	1,79	1,46	
Osjećam se dijelom svoje obitelji.	Bez odgovora	2	1	1,0%	0,6%				
	1	9	2	4,5%	1,1%				
	2	5	3	2,5%	1,7%				
	3	5	8	2,5%	4,5%				
	4	12	15	6,0%	8,4%				
	5	27	21	13,4%	11,8%				
	6	43	34	21,4%	19,1%				
	7	98	94	48,8%	52,8%				
Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,78	5,95	1,71	1,47	
Ni s kim u obitelji nisam blizak.	Bez odgovora	3	2	1,5%	1,1%				
	1	128	124	63,7%	69,7%				
	2	27	15	13,4%	8,4%				
	3	17	7	8,5%	3,9%				
	4	13	14	6,5%	7,9%				
	5	5	10	2,5%	5,6%				
	6	1	2	0,5%	1,1%				
7	7	4	3,5%	2,2%					

	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,82	1,80	1,48	1,52
Moja mi je obitelj važna.	Bez odgovora	3	0	1,5%	0,0%				
	1	6	1	3,0%	0,6%				
	2	4	1	2,0%	0,6%				
	3	2	3	1,0%	1,7%				
	4	6	7	3,0%	3,9%				
	5	12	19	6,0%	10,7%				
	6	29	22	14,4%	12,4%				
	7	139	125	69,2%	70,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	6,22	6,42	1,59	1,09
Mojoj je obitelji doista stalo do mene.	Bez odgovora	3	0	1,5%	0,0%				
	1	10	3	5,0%	1,7%				
	2	6	1	3,0%	0,6%				
	3	2	8	1,0%	4,5%				
	4	8	23	4,0%	12,9%				
	5	21	13	10,4%	7,3%				
	6	43	26	21,4%	14,6%				
	7	108	104	53,7%	58,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	5,87	6,01	1,77	1,45

Legenda: 1-uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-donekle se ne slažem, 4-niti se slažem, niti se ne slažem, 5-donekle se slažem, 6-uglavnom se slažem, 7-potpuno se slažem, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 20) bilježimo za pitanja *moja mi je obitelj važna* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 6,22 dok standardna devijacija iznosi 1,59, zatim *zaista mi je stalo do moje obitelji* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 6,18 dok standardna devijacija iznosi 1,53. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *ni s kim u obitelji nisam blizak* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,82 dok standardna devijacija iznosi 1,48, zatim *ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,06 dok standardna devijacija iznosi 1,75.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama

(Tablica 20) bilježimo za pitanja *moja mi je obitelj važna* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 6,42 dok standardna devijacija iznosi 1,09, zatim *zaista mi je stalo do moje obitelji* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 6,33 dok standardna devijacija iznosi 1,15. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje *ni s kim u obitelji nisam blizak* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,80 dok standardna devijacija iznosi 1,52.

Tablica 21: Fizička skrb

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Jedem redovito (npr. doručak, ručak, večera).	Bez odgovora	2	3	1,0%	1,7%				
	1	0	0	0,0%	0,0%				
	2	1	3	0,5%	1,7%				
	3	4	22	2,0%	12,4%				
	4	27	34	13,4%	19,1%				
	5	167	116	83,1%	65,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,76	4,43	,67	,97
Jedem zdravo.	Bez odgovora	3	3	1,5%	1,7%				
	1	0	0	0,0%	0,0%				
	2	1	3	0,5%	1,7%				
	3	8	44	4,0%	24,7%				
	4	60	70	29,9%	39,3%				
	5	129	58	64,2%	32,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,53	3,98	,81	,96
Vježbam.	Bez odgovora	3	4	1,5%	2,2%				
	1	5	26	2,5%	14,6%				
	2	38	70	18,9%	39,3%				
	3	44	34	21,9%	19,1%				
	4	40	31	19,9%	17,4%				
	5	71	13	35,3%	7,3%				

	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,62	2,57	1,29	1,21
Liječnički pregled radi preventive.	Bez odgovora	3	6	1,5%	3,4%				
	1	5	12	2,5%	6,7%				
	2	13	23	6,5%	12,9%				
	3	20	44	10,0%	24,7%				
	4	61	47	30,3%	26,4%				
	5	99	46	49,3%	25,8%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,13	3,42	1,14	1,36
Liječnički pregled kada je to potrebno.	Bez odgovora	3	3	1,5%	1,7%				
	1	2	0	1,0%	0,0%				
	2	5	5	2,5%	2,8%				
	3	15	20	7,5%	11,2%				
	4	49	46	24,4%	25,8%				
	5	127	104	63,2%	58,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,42	4,35	,98	,98
Uzmem si slobodno kada trebam.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	24	10	11,9%	5,6%				
	2	48	31	23,9%	17,4%				
	3	38	58	18,9%	32,6%				
	4	43	40	21,4%	22,5%				
	5	43	35	21,4%	19,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,09	3,26	1,42	1,25
Idem na masaže.	Bez odgovora	4	6	2,0%	3,4%				
	1	69	58	34,3%	32,6%				
	2	79	59	39,3%	33,1%				
	3	27	28	13,4%	15,7%				
	4	15	23	7,5%	12,9%				
	5	7	4	3,5%	2,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,00	2,09	1,08	1,16

Plešem, plivam, hodam, trčim, bavim se sportom, pjevam ili se bavim nekom drugom fizičkom aktivnošću koja je zabavna.	Bez odgovora	9	8	4,5%	4,5%				
	1	42	15	20,9%	8,4%				
	2	38	26	18,9%	14,6%				
	3	37	42	18,4%	23,6%				
	4	29	53	14,4%	29,8%				
	5	46	34	22,9%	19,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,86	3,23	1,57	1,38
Imam vremena za seksualnost - sa samom/samim sobom, s partnerom.	Bez odgovora	7	10	3,5%	5,6%				
	1	125	43	62,2%	24,2%				
	2	42	32	20,9%	18,0%				
	3	9	29	4,5%	16,3%				
	4	10	47	5,0%	26,4%				
	5	8	17	4,0%	9,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,57	2,62	1,09	1,47
Dovoljno se naspavam.	Bez odgovora	2	4	1,0%	2,2%				
	1	2	0	1,0%	0,0%				
	2	19	16	9,5%	9,0%				
	3	51	45	25,4%	25,3%				
	4	51	50	25,4%	28,1%				
	5	76	63	37,8%	35,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,87	3,83	1,12	1,14
Nosim odjeću koju volim.	Bez odgovora	3	3	1,5%	1,7%				
	1	0	0	0,0%	0,0%				
	2	3	3	1,5%	1,7%				
	3	13	5	6,5%	2,8%				
	4	50	39	24,9%	21,9%				
	5	132	128	65,7%	71,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,50	4,59	,88	,86

Koristim godišnji odmor.	Bez odgovora	26	6	12,9%	3,4%				
	1	58	31	28,9%	17,4%				
	2	57	70	28,4%	39,3%				
	3	21	27	10,4%	15,2%				
	4	18	22	9,0%	12,4%				
	5	21	22	10,4%	12,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,05	2,53	1,49	1,34
Idem na jednodnevne izlete ili kraći godišnji.	Bez odgovora	4	3	2,0%	1,7%				
	1	36	18	17,9%	10,1%				
	2	42	32	20,9%	18,0%				
	3	45	42	22,4%	23,6%				
	4	44	39	21,9%	21,9%				
	5	30	44	14,9%	24,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,89	3,28	1,38	1,37
Provodim vrijeme dalje od telefona.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	2	2	1,0%	1,1%				
	2	17	23	8,5%	12,9%				
	3	43	54	21,4%	30,3%				
	4	45	48	22,4%	27,0%				
	5	89	47	44,3%	26,4%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,93	3,58	1,22	1,17

Legenda: 1-nikada mi nije palo na pamet, 2-nikada, 3-rijetko, 4-povremeno, 5-često, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 21) bilježimo za tvrdnje *jedem redovito* (npr. doručak, ručak, večera) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,76 dok standardna devijacija iznosi 0,67, zatim *jedem zdravo* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,53 dok standardna devijacija iznosi 0,81. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja

imam vremena za seksualnost – sa samom/samim sobom, s partnerom gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,57 dok standardna devijacija iznosi 1,09, zatim *idem na masaže* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,00 dok standardna devijacija iznosi 1,08.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 21) bilježimo za tvrdnje *nosim odjeću koju volim* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,59 dok standardna devijacija iznosi 0,86, zatim *jedem redovito (npr. doručak, ručak, večera)* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,43 dok standardna devijacija iznosi 0,97. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *idem na masaže* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,09 dok standardna devijacija iznosi 1,16, zatim *koristim godišnji odmor* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,53 dok standardna devijacija iznosi 1,34.

Tablica 22: Psihološka skrb

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Imam vremena za razmišljanje o samome sebi.	Bez odgovora	2	3	1,0%	1,7%				
	1	1	1	0,5%	0,6%				
	2	8	3	4,0%	1,7%				
	3	15	12	7,5%	6,7%				
	4	23	60	11,4%	33,7%				
	5	152	99	75,6%	55,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,55	4,37	,95	,94
Imam vlastitu psihoterapiju.	Bez odgovora	3	5	1,5%	2,8%				
	1	48	11	23,9%	6,2%				
	2	72	26	35,8%	14,6%				
	3	37	40	18,4%	22,5%				
	4	20	45	10,0%	25,3%				
	5	21	51	10,4%	28,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,43	3,47	1,28	1,35

Pišem dnevnik.	Bez odgovora	5	6	2,5%	3,4%				
	1	108	93	53,7%	52,2%				
	2	59	61	29,4%	34,3%				
	3	11	10	5,5%	5,6%				
	4	9	8	4,5%	4,5%				
	5	9	0	4,5%	0,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,69	1,56	1,09	,84
Čitam literaturu koja je nevezana uz posao.	Bez odgovora	6	5	3,0%	2,8%				
	1	35	17	17,4%	9,6%				
	2	46	31	22,9%	17,4%				
	3	42	47	20,9%	26,4%				
	4	30	40	14,9%	22,5%				
	5	42	38	20,9%	21,3%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,90	3,20	1,48	1,36
Bavim se stvarima u kojima nisam stručnjak ili odgovorna osoba.	Bez odgovora	13	5	6,5%	2,8%				
	1	29	10	14,4%	5,6%				
	2	68	34	33,8%	19,1%				
	3	57	51	28,4%	28,7%				
	4	21	44	10,4%	24,7%				
	5	13	34	6,5%	19,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,41	3,24	1,23	1,28
Smanjujem stres.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	20	2	10,0%	1,1%				
	2	44	17	21,9%	9,6%				
	3	62	52	30,8%	29,2%				
	4	44	59	21,9%	33,1%				
	5	26	44	12,9%	24,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,99	3,64	1,26	1,12

Pokazujem drugima svoje različite aspekte.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	16	5	8,0%	2,8%				
	2	37	34	18,4%	19,1%				
	3	52	55	25,9%	30,9%				
	4	71	50	35,3%	28,1%				
	5	20	30	10,0%	16,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,13	3,30	1,21	1,17
Primjećujem vlastite unutarnje doživljaje (slušam vlastite misli, prosudbe, uvjerenja, stavove i osjećaje.	Bez odgovora	6	3	3,0%	1,7%				
	1	3	2	1,5%	1,1%				
	2	14	12	7,0%	6,7%				
	3	42	50	20,9%	28,1%				
	4	58	77	28,9%	43,3%				
	5	78	34	38,8%	19,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,88	3,67	1,22	1,01
Usmjeravam inteligenciju na neko novo područje (npr. posjete muzeju umjetnosti, povijesne izložbe, sportski događaj, aukciju, kazališnu predstavu).	Bez odgovora	9	8	4,5%	4,5%				
	1	52	48	25,9%	27,0%				
	2	52	52	25,9%	29,2%				
	3	47	41	23,4%	23,0%				
	4	29	20	14,4%	11,2%				
	5	12	9	6,0%	5,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,35	2,25	1,29	1,24
Vježbam primati od drugih.	Bez odgovora	4	6	2,0%	3,4%				
	1	10	15	5,0%	8,4%				
	2	61	35	30,3%	19,7%				
	3	62	64	30,8%	36,0%				
	4	43	48	21,4%	27,0%				
	5	21	10	10,4%	5,6%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,96	2,92	1,15	1,15

Znatiželjan sam.	Bez odgovora	4	4	2,0%	2,2%				
	1	3	2	1,5%	1,1%				
	2	23	3	11,4%	1,7%				
	3	40	18	19,9%	10,1%				
	4	55	57	27,4%	32,0%				
	5	76	94	37,8%	52,8%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,83	4,27	1,21	1,04
Ponekad kažem „ne“ dodatnim odgovornostima.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	3	3	1,5%	1,7%				
	2	36	26	17,9%	14,6%				
	3	54	69	26,9%	38,8%				
	4	59	44	29,4%	24,7%				
	5	44	32	21,9%	18,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,45	3,36	1,20	1,12

Legenda: 1-nikada mi nije palo na pamet, 2-nikada, 3-rijetko, 4-povremeno, 5-često, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 22) bilježimo za tvrdnje *imam vremena za razmišljanje o samome sebi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,55 dok standardna devijacija iznosi 0,95, zatim *primjećujem vlastite unutarnje doživljaje (slušam vlastite misli, prosudbe, uvjerenja, stavove i osjećaje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,88 dok standardna devijacija iznosi 1,22. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *pišem dnevnik* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,69 dok standardna devijacija iznosi 1,09, zatim *usmjeravam inteligenciju na neko novo područje (npr. posjete muzeju umjetnosti, povijesne izložbe, sportski događaj, aukciju, kazališnu predstavu)* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,35 dok standardna devijacija iznosi 1,29. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 22) bilježimo za pitanja *imam vremena za razmišljanje o samome sebi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,37 dok standardna devijacija iznosi 0,94, zatim *znatiželjan sam* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,27 dok

standardna devijacija iznosi 1,04. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *pišem dnevnik* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,56 dok standardna devijacija iznosi 0,84, zatim *usmjeravam inteligenciju na neko novo područje* (npr. *posjete muzeju umjetnosti, povijesne izložbe, sportski događaj, aukciju, kazališnu predstavu*) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,25 dok standardna devijacija iznosi 1,24.

Tablica 23: Emocionalna skrb

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Provodim vrijeme s osobama u čijem društvu se dobro osjećam.	Bez odgovora	4	3	2,0%	1,7%				
	1	3	1	1,5%	0,6%				
	2	9	4	4,5%	2,2%				
	3	20	21	10,0%	11,8%				
	4	55	57	27,4%	32,0%				
	5	110	92	54,7%	51,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,23	4,27	1,11	,99
Ostajem u kontaktu s meni važnim osobama.	Bez odgovora	3	3	1,5%	1,7%				
	1	1	1	0,5%	0,6%				
	2	6	5	3,0%	2,8%				
	3	24	17	11,9%	9,6%				
	4	67	59	33,3%	33,1%				
	5	100	93	49,8%	52,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,24	4,29	,98	,99
Potičem se i hvalim.	Bez odgovora	5	5	2,5%	2,8%				
	1	16	6	8,0%	3,4%				
	2	56	67	27,9%	37,6%				
	3	56	57	27,9%	32,0%				
	4	32	23	15,9%	12,9%				
	5	36	20	17,9%	11,2%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,00	2,83	1,31	1,15
Volim sam sebe.	Bez odgovora	4	5	2,0%	2,8%				
	1	7	4	3,5%	2,2%				

	2	35	13	17,4%	7,3%				
	3	37	35	18,4%	19,7%				
	4	46	65	22,9%	36,5%				
	5	72	56	35,8%	31,5%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,64	3,79	1,32	1,19
Ponovo pročitam omiljene knjige i pogledam omiljene filmove.	Bez odgovora	3	3	1,5%	1,7%				
	1	29	5	14,4%	2,8%				
	2	32	39	15,9%	21,9%				
	3	44	53	21,9%	29,8%				
	4	58	46	28,9%	25,8%				
	5	35	32	17,4%	18,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,14	3,29	1,36	1,18
Nađem ugodne aktivnosti, predmete, ljude, veze, mjesta.	Bez odgovora	5	4	2,5%	2,2%				
	1	20	0	10,0%	0,0%				
	2	21	15	10,4%	8,4%				
	3	47	47	23,4%	26,4%				
	4	61	55	30,3%	30,9%				
	5	47	57	23,4%	32,0%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,39	3,80	1,35	1,12
Plačem.	Bez odgovora	4	5	2,0%	2,8%				
	1	5	4	2,5%	2,2%				
	2	34	27	16,9%	15,2%				
	3	69	41	34,3%	23,0%				
	4	37	40	18,4%	22,5%				
	5	52	61	25,9%	34,3%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,42	3,63	1,22	1,31
Pronađem stvari koje me nasmijavaju.	Bez odgovora	4	3	2,0%	1,7%				
	1	3	0	1,5%	0,0%				
	2	9	12	4,5%	6,7%				
	3	38	32	18,9%	18,0%				
	4	87	65	43,3%	36,5%				
	5	60	66	29,9%	37,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,90	3,99	1,06	1,05

Izražavam svoj bijes putem društvenih događanja, pisama i donacija, marševa i prosvjeda.	Bez odgovora	11	6	5,5%	3,4%				
	1	109	94	54,2%	52,8%				
	2	60	59	29,9%	33,1%				
	3	13	12	6,5%	6,7%				
	4	5	5	2,5%	2,8%				
	5	3	2	1,5%	1,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	1,51	1,56	,91	,87
Igram se s djecom.	Bez odgovora	9	4	4,5%	2,2%				
	1	42	19	20,9%	10,7%				
	2	30	35	14,9%	19,7%				
	3	46	34	22,9%	19,1%				
	4	55	31	27,4%	17,4%				
	5	19	55	9,5%	30,9%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	2,76	3,31	1,41	1,47

Legenda: 1-nikada mi nije palo na pamet, 2-nikada, 3-rijetko, 4-povremeno, 5-često, D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 23) bilježimo za pitanja *ostajem u kontaktu s meni važnim osobama* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,24 dok standardna devijacija iznosi 0,98, zatim *provodim vrijeme s osobama u čijem društvu se dobro osjećam* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,23 dok standardna devijacija iznosi 1,11. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *izražavam svoj bijes putem društvenih događanja, pisama i donacija, marševa i prosvjeda* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,51 dok standardna devijacija iznosi 0,91, zatim *igram se s djecom* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,76 dok standardna devijacija iznosi 1,41.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 23) bilježimo za pitanja *ostajem u kontaktu s meni važnim osobama* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,29 dok standardna devijacija iznosi 0,99, zatim *provodim vrijeme s osobama u čijem društvu se dobro osjećam* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,27 dok standardna devijacija iznosi 0,99. Najnižu

vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje *izražavam svoj bijes putem društvenih događanja, pisama i donacija, marševa i prosvjeda* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,56 dok standardna devijacija iznosi 0,87.

Tablica 24: Duhovna skrb

Tvrdnje	Ocjene	N		%		\bar{x}		SD	
		D	K	D	K	D	K	D	K
Nađem vremena za razmišljanje.	Bez odgovora	2	4	1,0%	2,2%				
	1	4	0	2,0%	0,0%				
	2	4	1	2,0%	0,6%				
	3	8	14	4,0%	7,9%				
	4	53	58	26,4%	32,6%				
	5	130	101	64,7%	56,7%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	4,47	4,39	,94	,94
Provodim vrijeme s prirodom.	Bez odgovora	4	4	2,0%	2,2%				
	1	8	0	4,0%	0,0%				
	2	19	3	9,5%	1,7%				
	3	50	11	24,9%	6,2%				
	4	59	34	29,4%	19,1%				
	5	61	126	30,3%	70,8%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,67	4,52	1,23	,96
Našao sam duhovnu vezu ili zajednicu.	Bez odgovora	6	6	3,0%	3,4%				
	1	31	3	15,4%	1,7%				
	2	43	28	21,4%	15,7%				
	3	41	41	20,4%	23,0%				
	4	35	18	17,4%	10,1%				
	5	45	82	22,4%	46,1%				
	Ukupno	201	178	100,0%	100,0%	3,01	3,73	1,48	1,40
Otvoren sam za inspiraciju.	Bez odgovora	7	5	3,5%	2,8%				
	1	13	1	6,5%	0,6%				

	2	33	12	16,4%	6,7%				
	3	70	61	34,8%	34,3%				
	4	50	41	24,9%	23,0%				
	5	28	58	13,9%	32,6%				
	Ukupno	201	178	100,0 %	100,0%	3,13	3,72	1,24	1,17
Cijenim svoj optimizam i nadu.	Bez odgovora	3	4	1,5%	2,2%				
	1	6	1	3,0%	0,6%				
	2	19	17	9,5%	9,6%				
	3	65	62	32,3%	34,8%				
	4	57	40	28,4%	22,5%				
	5	51	54	25,4%	30,3%				
	Ukupno	201	178	100,0 %	100,0%	3,59	3,66	1,14	1,15
Svjestan sam nematerijalnih aspekata života.	Bez odgovora	4	4	2,0%	2,2%				
	1	1	0	0,5%	0,0%				
	2	10	6	5,0%	3,4%				
	3	30	29	14,9%	16,3%				
	4	98	45	48,8%	25,3%				
	5	58	94	28,9%	52,8%				
	Ukupno	201	178	100,0 %	100,0%	3,95	4,21	1,00	1,07
Povremeno pokušavam ne biti odgovorna osoba ili stručnjak.	Bez odgovora	10	6	5,0%	3,4%				
	1	20	5	10,0%	2,8%				
	2	51	37	25,4%	20,8%				
	3	58	65	28,9%	36,5%				
	4	43	35	21,4%	19,7%				
	5	19	30	9,5%	16,9%				
	Ukupno	201	178	100,0 %	100,0%	2,80	3,17	1,29	1,21
Nisam uvijek obaviješten.	Bez odgovora	13	7	6,5%	3,9%				
	1	25	24	12,4%	13,5%				
	2	48	34	23,9%	19,1%				

	3	65	52	32,3%	29,2%				
	4	36	44	17,9%	24,7%				
	5	14	17	7,0%	9,6%				
	Ukupno	201	178	100,0 %	100,0%	2,64	2,86	1,29	1,31

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika u institucijama (Tablica 24) bilježimo za pitanja *nađem vremena za razmišljanje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,47 dok standardna devijacija iznosi 0,94, zatim *svjestan sam nematerijalnih aspekata života* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,95 dok standardna devijacija iznosi 1,00. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *nisam uvijek obaviješten* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,64 dok standardna devijacija iznosi 1,29, zatim *povremeno pokušavam ne biti odgovorna osoba ili stručnjak* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,80 dok standardna devijacija iznosi 1,29.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika koji žive u svojim kućama (Tablica 24) bilježimo za pitanja *provodim vrijeme s prirodom* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,52 dok standardna devijacija iznosi 0,96, zatim *nađem vremena za razmišljanje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,39 dok standardna devijacija iznosi 0,94. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja *nisam uvijek obaviješten* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,86 dok standardna devijacija iznosi 1,31, zatim *povremeno pokušavam ne biti odgovorna osoba ili stručnjak* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,17 dok standardna devijacija iznosi 1,21.

6.3 Testiranje statističkim testovima za ispitanike smještene u domovima/institucijama i smještene u svojim kućama/domaćinstvima

Na sljedećim ćemo stranicama prikazati testiranje putem statističkih testova kako bismo uočili razliku kod promatranih kategorija analize s obzirom na ispitanike smještene u domovima/institucijama i ispitanike smještene u svojim kućama/domaćinstvima.

Kod testiranja putem statističkih testova tvrdnje pod brojevima 2, 3, 4, 6, 9 u

Rosenbergovoj skali samopoštovanja rotirali smo (obrnuto bodovali) iz negativnih u pozitivne s obzirom da viši rezultat ukazuje na višu razinu samopoštovanja. Kod SELSA-S skale tvrdnje koje smo rotirali iz pozitivnih u negativne označene su slovom R u samoj skali (Prilog C).

Tablica 25: Prikaz skupnih rangova prema pojedinim skalama/subskalama za ispitanike iz obje skupine

	Ispitanici	N	Prosječna vrijednost rangova	Suma rangova
Rosenbergova skala samopoštovanja	Smješteni u domovima/institucijama	199	177,83	35387,50
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	177	200,50	35488,50
	Ukupno	376		
Socijalna usamljenost	Smješteni u domovima/institucijama	197	191,64	37753,00
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	175	180,71	31625,00
	Ukupno	372		
Usamljenost u ljubavi	Smješteni u domovima/institucijama	191	202,15	38611,00
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	171	158,43	27092,00
	Ukupno	362		
Usamljenost u obitelji	Smješteni u domovima/institucijama	192	193,15	37084,00
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	175	173,97	30444,00
	Ukupno	367		
Fizička skrb	Smješteni u domovima/institucijama	168	164,83	27692,00

	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	160	164,15	26264,00
	Ukupno	328		
Psihološka skrb	Smješteni u domovima/institucijama	183	152,84	27970,50
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	166	199,42	33104,50
	Ukupno	349		
Emocionalna skrb	Smješteni u domovima/institucijama	183	162,16	29675,50
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	172	194,85	33514,50
	Ukupno	355		
Duhovna skrb	Smješteni u domovima/institucijama	183	145,26	26583,00
	Smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	168	209,48	35193,00
	Ukupno	351		

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

U Tablici 25 navedeni su rangovi za svaku skalu odnosno podskalu u obje skupine ispitanika. Tako je na Rosenbergovoj skali *samopoštovanja* prosječna vrijednost rangova za ispitanike u kućama iznosi 200,50, a u institucijama 177,83. Za *usamljenost u ljubavi* prosječna vrijednost rangova kod ispitanika u instituciji je iznosi 202,15, a kod ispitanika u kućama 158,43. Prosječna vrijednost rangova za *psihološku skrb* kod ispitanika u instituciji iznosi 152,84, a kod ispitanika u kućama 199,42. Za *emocionalnu skrb*, prosječna vrijednost rangova kod ispitanika koji žive u instituciji iznosi 162,16, a kod ispitanika u kućama 194,85, za *duhovnu skrb* kod ispitanika u instituciji iznosi 145,26 a kod ispitanika u kućama 209,48.

Tablica 26: Testna statistika za obje skupine ispitanika^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Rosenbergova skala samopoštovanja	15487,500	35387,500	-2,021	,043
Socijalna usamljenost	16225,000	31625,000	-,978	,328
Usamljenost u ljubavi	12386,000	27092,000	-3,971	,000
Usamljenost u obitelji	15044,000	30444,000	-1,734	,083
Fizička skrb	13384,000	26264,000	-,065	,948
Psihološka skrb	11134,500	27970,500	-4,313	,000
Emocionalna skrb	12839,500	29675,500	-3,004	,003
Duhovna skrb	9747,000	26583,000	-5,935	,000

a. Grouping Variable: Ispitanici

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 26, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 % za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95 %, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja*, *usamljenost u ljubavi*, *psihološka skrb*, *emocionalna skrb*, *duhovna skrb* s obzirom na ispitanike *smještene u domovima/institucijama* i ispitanike *smještene u svojim kućama/domaćinstvima*.

Tablica 27: Prikaz rangova s obzirom na zdravstveno stanje ispitanika

	Ispitanici	N	Prosječna vrijednost rangova	Suma rangova
Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	smještene u domovima/institucijama	200	205,07	41014,50
	smještene u svojim kućama/domaćinstvima	177	170,84	30238,50
	Ukupno	377		

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 27 vidimo kako je prosječna vrijednost rangova za ispitanike u institucijama 205,07 a kod ispitanika u kućama iznosila 170,84.

Tablica 28: Testna statistika s obzirom na zdravstveno stanje^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	14485,500	30238,500	-3,724	,000

a. Grouping Variable: Ispitanici

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li vrijednost signifikantnosti za pitanje *kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje*, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 %, odnosno $p=0,000$ pa možemo reći, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika za pitanje *kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje* s obzirom na ispitanike *smještene u domovima/institucijama* i ispitanike *smještene u svojim kućama/domaćinstvima*.

Na sljedećim ćemo stranicama prikazati testiranje putem statističkih testova kako bismo uočili razliku s obzirom na promatrane kategorije analize (uključujući sociodemografske varijable) kod ispitanika smještenih u domovima/institucijama i ispitanika u kućama/domaćinstvima.

Tablica 29: Prikaz rangova za sve skale i subskele s obzirom na spol ispitanika

	Spol	N		Prosječna vrijednost rangova		Suma rangova	
		D	K	D	K	D	K
Rosenbergova skala samopoštovanja	Muško	58	57	108,44	91,37	6289,50	5208,00
	Žensko	140	120	95,80	87,88	13411,50	10545,00
	Ukupno	198	177				
Socijalna usamljenost	Muško	58	56	107,36	86,47	6227,00	4842,50
	Žensko	139	119	95,51	88,72	13276,00	10557,50
	Ukupno	197	175				

Usamljenost u ljubavi	Muško	56	54	93,99	71,42	5263,50	3856,50
	Žensko	135	117	96,83	92,73	13072,50	10849,50
	Ukupno	191	171				
Usamljenost u obitelji	Muško	57	56	111,60	84,44	6361,00	4728,50
	Žensko	135	119	90,13	89,68	12167,00	10671,50
	Ukupno	192	175				
Fizička skrb	Muško	50	53	83,45	78,33	4172,50	4151,50
	Žensko	118	107	84,94	81,57	10023,50	8728,50
	Ukupno	168	160				
Psihološka skrb	Muško	53	54	99,87	81,54	5293,00	4403,00
	Žensko	130	112	88,79	84,45	11543,00	9458,00
	Ukupno	183	166				
Emocionalna skrb	Muško	54	56	89,66	74,67	4841,50	4181,50
	Žensko	129	116	92,98	92,21	11994,50	10696,50
	Ukupno	183	172				
Duhovna skrb	Muško	52	55	93,60	70,51	4867,00	3878,00
	Žensko	131	113	91,37	91,31	11969,00	10318,00
	Ukupno	183	168				

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 29 vidimo kako je kod ispitanika u kućama prosječna vrijednost rangova kod muških ispitanika za *usamljenost u obitelji* 111,60.

Kod ispitanika u kućama, prosječna vrijednost rangova kod ženskih ispitanica za *usamljenosti u ljubavi* je 92,73. Što se tiče sposobnosti samozbrinjavanja, prosječna vrijednost rangova kod ženskih ispitanica u *emocionalnoj skrbi* je 92,21, a u *duhovnoj skrbi* je 91,31.

Tablica 30: Testna statistika s obzirom na spol za ispitanike u institucijama^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Rosenbergova skala samopoštovanja	3541,500	13411,500	-1,414	,157
Socijalna usamljenost	3546,000	13276,000	-1,330	,183
Usamljenost u ljubavi	3667,500	5263,500	-,324	,746
Usamljenost u obitelji	2987,000	12167,000	-2,450	,014
Fizička skrb	2897,500	4172,500	-,182	,855
Psihološka skrb	3028,000	11543,000	-1,285	,199
Emocionalna skrb	3356,500	4841,500	-,388	,698
Duhovna skrb	3323,000	11969,000	-,257	,797

a. Grouping Variable: Spol

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 30, možemo uočiti kako signifikantnost testa za *usamljenost u ljubavi* iznosi manje od 5 % ($p=0,014$) te možemo reći, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika za *usamljenost u ljubavi* za ženske ispitanice.

Tablica 31. Testna statistika s obzirom na spol za ispitanike u kućama^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Rosenbergova skala samopoštovanja	3285,000	10545,000	-,424	,671
Socijalna usamljenost	3246,500	4842,500	-,274	,784
Usamljenost u ljubavi	2371,500	3856,500	-2,622	,009
Usamljenost u obitelji	3132,500	4728,500	-,642	,521
Fizička skrb	2720,500	4151,500	-,417	,676
Psihološka skrb	2918,000	4403,000	-,366	,714
Emocionalna skrb	2585,500	4181,500	-2,171	,030
Duhovna skrb	2338,000	3878,000	-2,610	,009

a. Grouping Variable: Spol

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 31, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), stoga s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *usamljenost u ljubavi*, *emocionalnu skrb* i *duhovna skrb* za ženske ispitanice.

Tablica 32: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema dobi ispitanika

	Dob kategorije	N		Prosječna vrijednost rangova	
		D	K	D	K
Rosenbergova skala samopoštovanja	65. – 74. godine	29	125	105,62	94,32
	75. – 84. godine	112	47	100,97	79,66
	85 i više godina	54	4	87,74	10,50
	Ukupno	195	176		
Socijalna usamljenost	65. – 74. godine	29	123	103,52	82,09
	75. – 84. godine	111	47	94,00	96,83
	85 i više godina	55	4	103,16	144,25
	Ukupno	195	174		
Usamljenost u ljubavi	65. – 74. godine	28	119	114,09	78,40
	75. – 84. godine	111	47	87,27	97,98
	85 i više godina	50	4	101,48	150,13
	Ukupno	189	170		
Usamljenost u obitelji	65. – 74. godine	28	124	104,70	80,34
	75. – 84. godine	108	46	95,86	102,34
	85 i više godina	53	4	88,12	140,63
	Ukupno	189	174		
Fizička skrb	65. – 74. godine	24	112	85,58	89,61
	75. – 84. godine	96	43	87,16	59,60
	85 i više godina	45	4	72,74	30,25
	Ukupno	165	159		
Psihološka skrb	65. – 74. godine	26	116	86,62	91,90

	75. – 84. godine	106	45	89,65	64,61
	85 i više godina	49	4	96,24	31,75
	Ukupno	181	165		
Emocionalna skrb	65. – 74. godine	26	121	90,38	93,68
	75. – 84. godine	106	46	89,87	71,97
	85 i više godina	49	4	93,78	15,13
	Ukupno	181	171		
Duhovna skrb	65. – 74. godine	25	117	83,94	85,61
	75. – 84. godine	105	46	91,22	80,05
	85 i više godina	50	4	92,27	82,25
	Ukupno	180	167		

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 32 vidimo kako kod ispitanika u dobi od 65. – 74. godine koji su u institucijama, prosječna vrijednost rangova za *usamljenosti u ljubavi* iznosi 114,09.

Što se tiče ispitanika koji su u svojim kućama, kod ispitanika starijih od 85 godina prosječna vrijednost rangova za *samopoštovanje* iznosi 10,50, *socijalnu usamljenost* 144,25, *usamljenost u ljubavi* 150,13 i za *usamljenost u obitelji* 140,63.

Tablica 33: Testna statistika s obzirom na dob za ispitanike u institucijama^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	2,630	2	,269
Socijalna usamljenost	1,296	2	,523
Usamljenost u ljubavi	6,342	2	,042
Usamljenost u obitelji	1,749	2	,417
Fizička skrb	2,880	2	,237
Psihološka skrb	,746	2	,689
Emocionalna skrb	,191	2	,909
Duhovna skrb	,476	2	,788

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob kategorije

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li vrijednost signifikantnosti za *usamljenost u ljubavi* (Tablica 33), možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% ($p=0,042$), pa možemo reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za *usamljenost u ljubavi* za ispitanike u dobnoj skupini od 65. – 74. godine.

Tablica 34: Testna statistika s obzirom na dob za ispitanike u kućama^{a,b}

	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	12,456	2	,002
Socijalna usamljenost	8,116	2	,017
Usamljenost u ljubavi	12,440	2	,002
Usamljenost u obitelji	10,997	2	,004
Fizička skrb	18,027	2	,000
Psihološka skrb	15,337	2	,000
Emocionalna skrb	14,882	2	,001
Duhovna skrb	,445	2	,801

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob kategorije

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 34 možemo uočiti kako za pojedine kategorije analize signifikantnost testa iznosi manje od 5% ($p<0,05$), pa je s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja*, *socijalna usamljenost*, *usamljenost u ljubavi*, *usamljenost u obitelji*, *fizička skrb*, *psihološka skrb*, *emocionalna skrb* kod ispitanika starijih od 85 godina.

Tablica 35: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema zdravstvenom stanju ispitanika

	Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	N		Prosječna vrijednost rangova	
		D	K	D	K
Rosenbergova skala samopoštovanja	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	11	10	135,95	119,75
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	117	138	107,62	92,87
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	70	29	80,20	59,98
	Ukupno	198	177		
Socijalna usamljenost	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	11	10	93,77	64,00
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	116	135	93,19	86,37
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	70	29	109,45	100,88
	Ukupno	197	174		
Usamljenost u ljubavi	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	11	10	93,64	79,20
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	111	133	92,36	85,73
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	69	27	102,24	86,70
	Ukupno	191	170		
Usamljenost u obitelji	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	11	10	83,09	74,55
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	112	137	96,18	84,71
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	69	27	99,16	106,44

	Ukupno	192	174		
Fizička skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	8	9	102,00	101,00
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	98	126	89,59	81,76
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	62	24	74,19	62,88
	Ukupno	168	159		
Psihološka skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	9	10	96,06	110,85
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	108	131	95,01	85,27
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	66	25	86,52	63,30
	Ukupno	183	166		
Emocionalna skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	9	10	105,67	113,95
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	109	134	100,98	87,37
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	65	27	75,05	68,85
	Ukupno	183	171		
Duhovna skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	9	10	110,17	83,10
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	107	131	96,26	86,58
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	67	27	82,75	74,91
	Ukupno	183	168		

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 35 vidimo kako kod ispitanika koji svoje zdravstveno stanje ocjenjuju izvrsnim i

koji žive u institucijama, prosječna vrijednost rangova za *samopoštovanje* iznosi 135,95. Prosječna vrijednost rangova za *emocionalnu skrb* iznosi 75,05 za ispitanike koji svoje zdravstveno stanje opisuju kao zabrinjavajuće.

Kod ispitanika koji su u svojim kućama i koji svoje zdravstveno stanje ocjenjuju izvrsnim, prosječna vrijednost rangova za *samopoštovanje* iznosi 119,75. Za ispitanike koji su svoje zdravstveno stanje ocijenili s izvrsnim, prosječna vrijednost rangova za *psihološku skrb* iznosi 110,85, a za *emocionalnu skrb* 113,95.

Tablica 36: Testna statistika s obzirom na zdravstveno stanje ispitanika u institucijama^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	14,773	2	,001
Socijalna usamljenost	3,652	2	,161
Usamljenost u ljubavi	1,384	2	,501
Usamljenost u obitelji	,805	2	,669
Fizička skrb	4,906	2	,086
Psihološka skrb	1,110	2	,574
Emocionalna skrb	10,431	2	,005
Duhovna skrb	3,807	2	,149

a. Kruskal Wallis Test

c. Grouping Variable: Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 36, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), stoga s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja* i *emocionalna skrb* s obzirom na *zdravstveno stanje* ispitanika.

Tablica 37: Testna statistika s obzirom na zdravstveno stanje ispitanika u kućama^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	13,727	2	,001
Socijalna usamljenost	4,295	2	,117
Usamljenost u ljubavi	,184	2	,912
Usamljenost u obitelji	4,959	2	,084
Fizička skrb	5,390	2	,068
Psihološka skrb	7,851	2	,020
Emocionalna skrb	6,564	2	,038
Duhovna skrb	1,308	2	,520

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 37, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), stoga s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja*, *psihološka skrb* i *emocionalna skrb* s obzirom na *zdravstveno stanje ispitanika*.

Tablica 38: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema razini obrazovanja ispitanika

	Razina obrazovanja	N		Prosječna vrijednost rangova	
		D	K	D	K
Rosenbergova skala samopoštovanja	Osnovna škola	100	72	89,04	77,18
	Srednja škola	71	79	98,42	95,89
	Viša škola	12	19	128,46	106,26
	Visoka škola	10	7	128,75	85,93
	Ukupno	193	177		

Socijalna usamljenost	Osnovna škola	99	71	96,83	92,10
	Srednja škola	70	78	99,04	88,32
	Viša škola	12	19	82,75	76,66
	Visoka škola	10	7	82,40	73,64
	Ukupno	191	175		
Usamljenost u ljubavi	Osnovna škola	99	70	93,87	95,41
	Srednja škola	65	76	98,11	82,39
	Viša škola	12	18	77,21	64,56
	Visoka škola	10	7	79,45	86,21
	Ukupno	186	171		
Usamljenost u obitelji	Osnovna škola	99	72	91,67	94,87
	Srednja škola	65	77	96,84	80,57
	Viša škola	12	19	85,17	82,16
	Visoka škola	10	7	99,95	114,93
	Ukupno	186	175		
Fizička skrb	Osnovna škola	85	66	81,06	66,23
	Srednja škola	59	74	80,29	83,49
	Viša škola	11	16	91,45	110,69
	Visoka škola	9	4	99,67	140,00
	Ukupno	164	160		
Psihološka skrb	Osnovna škola	91	68	78,51	72,21
	Srednja škola	65	75	91,96	85,73
	Viša škola	12	18	123,42	103,44
	Visoka škola	9	5	127,78	131,70
	Ukupno	177	166		
Emocionalna skrb	Osnovna škola	92	71	90,79	80,11
	Srednja škola	63	76	77,33	85,42
	Viša škola	12	19	100,54	97,00
	Visoka škola	10	6	132,20	142,58
	Ukupno	177	172		
Duhovna skrb	Osnovna škola	93	69	89,77	85,72
	Srednja škola	64	75	80,84	86,05
	Viša škola	12	18	107,29	75,69

	Visoka škola	8	6	117,88	77,50
	Ukupno	177	168		

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 38 vidimo kako kod institucionaliziranih ispitanika s visokom i višom školom prosječne vrijednosti rangova za samopoštovanje iznose 128,46 i 128,75. Prosječne vrijednosti rangova za *psihološku skrb* i *emocionalnu skrb* kod ispitanika s visokom školom iznose 127,78 i 132,20.

Kod ispitanika s visokom školom koji žive u kućama prosječna vrijednost rangova za *fizičku skrb* iznosi 140,00, za *psihološku skrb* 131,70 i za *emocionalnu skrb* 142,58.

Tablica 39: Testna statistika s obzirom na razinu obrazovanja za ispitanike u institucijama^{a, b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	9,133	3	,028
Socijalna usamljenost	1,530	3	,675
Usamljenost u ljubavi	2,265	3	,519
Usamljenost u obitelji	,798	3	,850
Fizička skrb	1,778	3	,620
Psihološka skrb	14,643	3	,002
Emocionalna skrb	11,143	3	,011
Duhovna skrb	5,733	3	,125

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Razina obrazovanja

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 39, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), stoga s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja*, *psihološka skrb* i *emocionalna skrb* s obzirom na razinu obrazovanja.

Tablica 40: Testna statistika s obzirom na razinu obrazovanja za ispitanike u kućama^{a,b}

	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	7,463	3	,059
Socijalna usamljenost	1,984	3	,576
Usamljenost u ljubavi	6,331	3	,097
Usamljenost u obitelji	5,272	3	,153
Fizička skrb	20,008	3	,000
Psihološka skrb	12,071	3	,007
Emocionalna skrb	9,713	3	,021
Duhovna skrb	,840	3	,840

a. Kruskal Wallis Test

c. Grouping Variable: Razina obrazovanja

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 40, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 % za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95 %, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *fizička skrb*, *psihološka skrb*, *emocionalna skrb* s obzirom na *razinu obrazovanja ispitanika*.

Tablica 41: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema bračnom stanju ispitanika

	Bračno stanje	N		Prosječna vrijednost rangova	
		D	K	D	K
Rosenbergova skala samopoštovanja	Neudana/neoženjen	16	11	92,66	85,09
	Udovac/ica	138	79	96,35	81,65
	Razveden/a	25	10	121,16	79,05

	U braku	20	77	104,63	98,40
	Ukupno	199	177		
Socijalna usamljenost	Neudana/neoženjen	16	11	121,28	111,77
	Udovac/ica	136	78	98,99	93,91
	Razveden/a	25	10	77,82	76,10
	U braku	20	76	107,70	80,06
	Ukupno	197	175		
Usamljenost u ljubavi	Neudana/neoženjen	15	10	127,07	116,90
	Udovac/ica	132	76	103,77	120,83
	Razveden/a	25	9	71,02	99,00
	U braku	19	76	50,39	45,57
	Ukupno	191	171		
Usamljenost u obitelji	Neudana/neoženjen	15	11	137,43	120,55
	Udovac/ica	134	78	92,96	102,16
	Razveden/a	23	9	93,35	100,83
	U braku	20	77	93,18	67,51
	Ukupno	192	175		
Fizička skrb	Neudana/neoženjen	15	9	65,07	72,67
	Udovac/ica	113	71	84,55	65,11
	Razveden/a	21	8	108,76	110,81
	U braku	19	72	72,71	93,29
	Ukupno	168	160		
Psihološka skrb	Neudana/neoženjen	16	11	68,63	81,23
	Udovac/ica	125	75	90,02	74,74
	Razveden/a	24	9	125,08	94,67
	U braku	18	71	82,44	91,69
	Ukupno	183	166		
Emocionalna skrb	Neudana/neoženjen	16	11	71,81	71,55
	Udovac/ica	124	77	93,69	81,22
	Razveden/a	24	9	102,06	107,67
	U braku	19	75	85,24	91,57
	Ukupno	183	172		
Duhovna skrb	Neudana/neoženjen	15	11	87,40	34,82

	Udovac/ica	125	76	92,64	81,03
	Razveden/a	23	9	91,13	54,72
	U braku	20	72	92,45	99,47
	Ukupno	183	168		

D-ispitanici u domu/instituciji, K-ispitanici u kućama

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 41 vidimo kako kod institucionaliziranih ispitanika/ica koji su neudani/neoženjeni, prosječne vrijednosti rangova za *usamljenosti u ljubavi i usamljenosti u obitelji* iznose 127,07 i 137,43. Prosječne vrijednosti rangova kod razvedenih ispitanika u *fizičkoj skrbi i psihološkoj skrbi* iznose 108,76 i 125,08.

Prosječna vrijednost rangova za *usamljenost u ljubavi* kod ispitanika koji su u braku i žive u kućama iznosi 45,57, a kod neudanih/neoženjenih ispitanika prosječna vrijednost rangova za *usamljenost u obitelji* iznosi 120,55. Prosječna vrijednost rangova za *fizičku skrb* kod ispitanika koji su razvedeni iznosi 110,81, a kod ispitanika koji su u braku za *duhovnu skrb* iznosi 99,47.

Tablica 42: Testna statistika s obzirom na bračno stanje ispitanika u institucijama^{a,b}

	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	4,328	3	,228
Socijalna usamljenost	6,365	3	,095
Usamljenost u ljubavi	25,423	3	,000
Usamljenost u obitelji	8,855	3	,031
Fizička skrb	8,759	3	,033
Psihološka skrb	13,280	3	,004
Emocionalna skrb	3,640	3	,303
Duhovna skrb	,140	3	,987

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračno stanje

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 42, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za

pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), stoga s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *usamljenost u ljubavi usamljenost u obitelji, fizička skrb i psihološka skrb* s obzirom na *bračno stanje* ispitanika.

Tablica 43: Testna statistika s obzirom na bračno stanje ispitanika u kućama^{a,b}

	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	4,671	3	,198
Socijalna usamljenost	5,908	3	,116
Usamljenost u ljubavi	93,164	3	,000
Usamljenost u obitelji	24,097	3	,000
Fizička skrb	17,049	3	,001
Psihološka skrb	5,077	3	,166
Emocionalna skrb	4,285	3	,232
Duhovna skrb	22,212	3	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračno stanje

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 43, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 % za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95 %, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *usamljenost u ljubavi, usamljenost u obitelji, fizička skrb, duhovna skrb* s obzirom na *bračno stanje ispitanika*.

Tablica 44: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema mjestu stanovanja ispitanika koji su u kućama

	Mjesto stanovanja	N	Prosječna vrijednost rangova	Suma rangova
Rosenbergova skala samopoštovanja	Grad	45	90,93	4092,00
	Selo	132	88,34	11661,00
	Ukupno	177		

Socijalna usamljenost	Grad	45	92,79	4175,50
	Selo	130	86,34	11224,50
	Ukupno	175		
Usamljenost u ljubavi	Grad	43	85,74	3687,00
	Selo	128	86,09	11019,00
	Ukupno	171		
Usamljenost u obitelji	Grad	43	90,77	3903,00
	Selo	132	87,10	11497,00
	Ukupno	175		
Fizička skrb	Grad	33	101,36	3345,00
	Selo	127	75,08	9535,00
	Ukupno	160		
Psihološka skrb	Grad	36	91,46	3292,50
	Selo	130	81,30	10568,50
	Ukupno	166		
Emocionalna skrb	Grad	40	83,63	3345,00
	Selo	132	87,37	11533,00
	Ukupno	172		
Duhovna skrb	Grad	38	63,86	2426,50
	Selo	130	90,53	11769,50
	Ukupno	168		

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 44 vidimo kako je kod ispitanika koji žive u gradu prosječna vrijednost rangova za *fizičku skrb* iznosi 101,36, a kod ispitanika koji su na selu prosječna vrijednost rangova za *duhovnu skrb* iznosi 90,53.

Tablica 45: Testna statistika s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika koji žive u svojim kućama^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Rosenbergova skala samopoštovanja	2883,000	11661,000	-,294	,769

Socijalna usamljenost	2709,500	11224,500	-,736	,462
Usamljenost u ljubavi	2741,000	3687,000	-,039	,969
Usamljenost u obitelji	2719,000	11497,000	-,415	,678
Fizička skrb	1407,000	9535,000	-2,907	,004
Psihološka skrb	2053,500	10568,500	-1,124	,261
Emocionalna skrb	2525,000	3345,000	-,418	,676
Duhovna skrb	1685,500	2426,500	-2,985	,003

a. Grouping Variable: Mjesto stanovanja

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 45, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$), s razinom pouzdanosti od 95% ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *fizička skrb* i *duhovna skrb* s obzirom na *mjesto stanovanja*.

Tablica 46: Prikaz rangova za sve skale/subskale prema vrsti domaćinstva za ispitanike koji su u kućama

	Vrsta domaćinstva	N	Prosječna vrijednost rangova	Suma rangova
Rosenbergova skala samopoštovanja	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	42	80,01	3360,50
	Domaćinstvo s više članova	135	91,80	12392,50
	Ukupno	177		
Socijalna usamljenost	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	42	100,25	4210,50
	Domaćinstvo s više članova	133	84,13	11189,50
	Ukupno	175		
Usamljenost u ljubavi	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	40	116,30	4652,00

	Domaćinstvo s više članova	131	76,75	10054,00
	Ukupno	171		
Usamljenost u obitelji	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	40	112,98	4519,00
	Domaćinstvo s više članova	135	80,60	10881,00
	Ukupno	175		
Fizička skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	36	79,57	2864,50
	Domaćinstvo s više članova	124	80,77	10015,50
	Ukupno	160		
Psihološka skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	38	86,46	3285,50
	Domaćinstvo s više članova	128	82,62	10575,50
	Ukupno	166		
Emocionalna skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	39	89,06	3473,50
	Domaćinstvo s više članova	133	85,75	11404,50
	Ukupno	172		
Duhovna skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	38	64,47	2450,00
	Domaćinstvo s više članova	130	90,35	11746,00
	Ukupno	168		

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 46 vidimo kako prosječne vrijednosti rangova kod ispitanika koji žive u samačkom domaćinstvu za *usamljenost u ljubavi* i *usamljenost u obitelji* iznose 116,30 i 112,98.

Tablica 47: Testna statistika za vrstu domaćinstva u kućama^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (dvostrana)
Rosenbergova skala samopoštovanja	2457,500	3360,500	-1,304	,192
Socijalna usamljenost	2278,500	11189,500	-1,798	,072
Usamljenost u ljubavi	1408,000	10054,000	-4,431	,000
Usamljenost u obitelji	1701,000	10881,000	-3,571	,000
Fizička skrb	2198,500	2864,500	-,137	,891
Psihološka skrb	2319,500	10575,500	-,433	,665
Emocionalna skrb	2493,500	11404,500	-,367	,714
Duhovna skrb	1709,000	2450,000	-2,895	,004

a. Grouping Variable: Vrsta domaćinstva

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 47, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95%, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *usamljenost u ljubavi*, *usamljenost u obitelji*, *duhovna skrb* s obzirom na *vrstu domaćinstva*.

Tablica 48: Prikaz rangova za sve skale/subskale s obzirom na veličinu stambenog prostora ispitanika u kućama

	Veličina Vašeg stambenog prostora	N	Prosječna vrijednost rangova
Rosenbergova skala samopoštovanja	Manje od 50 m ²	21	76,50
	Od 50-100 m ²	100	88,04
	Više od 100 m ²	56	95,40
	Ukupno	177	
Socijalna usamljenost	Manje od 50 m ²	21	109,02

	Od 50 - 100 m ²	100	90,71
	Više od 100 m ²	54	74,81
	Ukupno	175	
Usamljenost u ljubavi	Manje od 50 m ²	20	99,60
	Od 50 - 100 m ²	97	90,44
	Više od 100 m ²	54	72,99
	Ukupno	171	
Usamljenost u obitelji	Manje od 50 m ²	21	110,83
	Od 50 - 100 m ²	99	89,62
	Više od 100 m ²	55	76,37
	Ukupno	175	
Fizička skrb	Manje od 50 m ²	17	86,74
	Od 50 - 100 m ²	91	80,25
	Više od 100 m ²	52	78,90
	Ukupno	160	
Psihološka skrb	Manje od 50 m ²	18	82,19
	Od 50 - 100 m ²	93	81,47
	Više od 100 m ²	55	87,35
	Ukupno	166	
Emocionalna skrb	Manje od 50 m ²	20	85,83
	Od 50 - 100 m ²	97	82,90
	Više od 100 m ²	55	93,09
	Ukupno	172	
Duhovna skrb	Manje od 50 m ²	19	54,37
	Od 50 - 100 m ²	94	83,10
	Više od 100 m ²	55	97,30
	Ukupno	168	

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 48 vidimo kako kod ispitanika koji žive u prostoru manjem od 50 m², prosječna vrijednost rangova za *socijalnu usamljenost* iznosi 109,02, za *usamljenost u ljubavi* iznosi 99,60, za *usamljenost u obitelji* iznosi 110,83, a za *duhovnu skrb* iznosi 54,37.

Tablica 49: Testna statistika za veličinu stambenog prostora

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	2,165	2	,339
Socijalna usamljenost	7,572	2	,023
Usamljenost u ljubavi	6,039	2	,049
Usamljenost u obitelji	7,351	2	,025
Fizička skrb	,373	2	,830
Psihološka skrb	,534	2	,766
Emocionalna skrb	1,481	2	,477
Duhovna skrb	11,256	2	,004

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Veličina Vašeg stambenog prostora

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 49, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 % za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95 %, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *socijalna usamljenost*, *usamljenost u ljubavi*, *usamljenost u obitelji*, *duhovna skrb* s obzirom na *veličinu stambenog prostora*.

Tablica 50: Prikaz rangova za sve skale/subskale s obzirom na mjesečni dohodak ispitanika u kućama

	Vaš mjesečni dohodak iznosi	N	Prosječna vrijednost rangova
Rosenbergova skala samopoštovanja	Manje od 1000 kn	9	36,11
	Od 1000 – 2400 kn	92	85,64
	Od 2400 – 3400 kn	49	93,90

	Od 3400 – 4500 kn	17	116,18
	Više od 4500 kn	10	97,30
	Ukupno	177	
Socijalna usamljenost	Manje od 1000 kn	9	122,39
	Od 1000 – 2400 kn	89	87,89
	Od 2400 – 3400 kn	49	85,03
	Od 3400 – 4500 kn	17	81,44
	Više od 4500 kn	10	75,00
	Ukupno	174	
Usamljenost u ljubavi	Manje od 1000 kn	9	96,44
	Od 1000 – 2400 kn	89	91,77
	Od 2400 – 3400 kn	46	81,70
	Od 3400 – 4500 kn	16	49,69
	Više od 4500 kn	10	94,65
	Ukupno	170	
Usamljenost u obitelji	Manje od 1000 kn	9	119,78
	Od 1000 – 2400 kn	92	90,17
	Od 2400 – 3400 kn	46	80,55
	Od 3400 – 4500 kn	17	72,76
	Više od 4500 kn	10	90,85
	Ukupno	174	
Fizička skrb	Manje od 1000 kn	8	57,13
	Od 1000 – 2400 kn	85	75,08
	Od 2400 – 3400 kn	46	86,29
	Od 3400 – 4500 kn	14	91,43
	Više od 4500 kn	6	105,33
	Ukupno	159	
Psihološka skrb	Manje od 1000 kn	9	55,06
	Od 1000 – 2400 kn	87	82,38
	Od 2400 – 3400 kn	47	87,33
	Od 3400 – 4500 kn	16	89,94
	Više od 4500 kn	7	93,57
	Ukupno	166	

Emocionalna skrb	Manje od 1000 kn	9	50,89
	Od 1000 – 2400 kn	89	89,20
	Od 2400 – 3400 kn	47	84,14
	Od 3400 – 4500 kn	17	86,74
	Više od 4500 kn	9	97,78
	Ukupno	171	
Duhovna skrb	Manje od 1000 kn	9	79,89
	Od 1000 – 2400 kn	87	95,45
	Od 2400 – 3400 kn	47	74,80
	Od 3400 – 4500 kn	16	58,66
	Više od 4500 kn	9	79,83
	Ukupno	168	

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Iz Tablice 50 možemo vidjeti kako prosječna vrijednost rangova za *samopoštovanje* kod ispitanika s mjesečnim dohotkom manjim od 1000 kn iznosi 36,11, a kod *usamljenosti u ljubavi* prosječna vrijednost rangova iznosi 96,44. Prosječna vrijednost rangova za *duhovnu skrb* kod ispitanika s mjesečnim dohotkom od 1000-2400 kn iznosi 95,45.

Tablica 51: Testna statistika za mjesečni dohodak^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	15,520	4	,004
Socijalna usamljenost	5,307	4	,257
Usamljenost u ljubavi	11,021	4	,026
Usamljenost u obitelji	6,406	4	,171
Fizička skrb	6,500	4	,165
Psihološka skrb	4,103	4	,392
Emocionalna skrb	5,508	4	,239
Duhovna skrb	11,040	4	,026

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Vaš mjesečni dohodak iznosi

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogledamo li Tablicu 51, možemo uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5 % za pojedine kategorije analize ($p < 0,05$) s razinom pouzdanosti od 95 %, ustanovljeno je kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za kategorije: *Rosenbergova skala samopoštovanja, usamljenost u ljubavi, duhovna skrb* s obzirom na *mjesečni dohodak ispitanika*.

U svrhu istraživanja komentirat ćemo statistički značajne korelacije veće od +/- 0,5 (Tablica 52 i 53).

Tablica 52: Spearmanov koeficijent korelacije za ispitanike u institucijama

		Rosenbergova skala samopoštovanja	Socijalna usamljenost	Usamljenost u ljubavi	Usamljenost u obitelji	Fizička skrb	Psihološka skrb	Emocionalna skrb	Duhovna skrb
Rosenbergova skala samopoštovanja	R	1,000	-,483**	-,203**	-,321**	,315**	,313**	,290**	,188*
	P	.	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,011
	N	199	196	190	191	167	182	182	182
Socijalna usamljenost	R	-,483**	1,000	,365**	,517**	-,516**	-,374**	-,474**	-,335**
	P	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	196	197	189	190	166	181	181	181
Usamljenost u ljubavi	R	-,203**	,365**	1,000	,334**	-,293**	-,230**	-,148*	-,185*
	P	,005	,000	.	,000	,000	,002	,049	,013
	N	190	189	191	187	163	179	178	178
Usamljenost u obitelji	R	-,321**	,517**	,334**	1,000	-,237**	-,210**	-,255**	-,175*
	P	,000	,000	,000	.	,002	,005	,001	,020
	N	191	190	187	192	164	178	178	178
Fizička skrb	R	,315**	-,516**	-,293**	-,237**	1,000	,577**	,506**	,458**
	P	,000	,000	,000	,002	.	,000	,000	,000
	N	167	166	163	164	168	163	165	158
Psihološka	R	,313**	-,374**	-,230**	-,210**	,577**	1,000	,565**	,475**

skrb	P	,000	,000	,002	,005	,000	.	,000	,000
	N	182	181	179	178	163	183	175	172
Emocionalna skrb	R	,290**	-,474**	-,148*	-,255**	,506**	,565**	1,000	,717**
	P	,000	,000	,049	,001	,000	,000	.	,000
	N	182	181	178	178	165	175	183	172
Duhovna skrb	R	,188*	-,335**	-,185*	-,175*	,458**	,475**	,717**	1,000
	P	,011	,000	,013	,020	,000	,000	,000	.
	N	182	181	178	178	158	172	172	183

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Korelacija između *socijalne usamljenosti* i *usamljenosti u obitelji* iznosi $r=0,517$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 % pa se može konstatirati kako porastom odgovora za *socijalnu usamljenost* raste vrijednost odgovora za *usamljenost u obitelji*. Korelacija između *socijalne usamljenosti* i *fizičke skrbi* iznosi $r= -0,516$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, zato se može konstatirati kako porastom odgovora za *socijalnu usamljenost* pada vrijednost odgovora za *fizičku skrb*.

Korelacija između *fizičke skrbi* i *psihološke skrbi* iznosi $r=0,577$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 % te se može konstatirati kako porastom odgovora za *fizičku skrb* raste vrijednost odgovora za *psihološku skrb*. Korelacija između *fizičke skrbi* i *emocionalne skrbi* iznosi $r=0,506$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *fizičku skrb* raste vrijednost odgovora za *emocionalnu skrb*. Korelacija između *psihološke skrbi* i *emocionalne skrbi* iznosi $r=0,565$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *psihološku skrb* raste vrijednost odgovora za *emocionalnu skrb*. Korelacija između *emocionalne skrbi* i *duhovne skrbi* iznosi $r=0,717$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *emocionalnu skrb* raste vrijednost odgovora za *duhovnu skrb*.

Tablica 53: Spearmanov koeficijent korelacije za ispitanike u kućama

		Rosenbergo vska samopoštovanja	Socijalna usamljenost	Usamljenost u ljubavi	Usamljenost u obitelji	Fizička skrb	Psihološka skrb	Emocionalna skrb	Duhovna skrb
Rosenbergo vska samopoštovanja	r	1,000	-,521**	-,324**	-,499**	,295**	,329**	,402**	,284**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	177	174	170	174	159	166	171	168
Socijalna usamljenost	r	-,521**	1,000	,266**	,358**	-,351**	-,483**	-,454**	-,367**
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	174	175	168	172	157	163	170	166
Usamljenost u ljubavi	r	-,324**	,266**	1,000	,537**	-,355**	-,264**	-,322**	-,355**
	p	,000	,000	.	,000	,000	,001	,000	,000
	N	170	168	171	170	158	160	166	162
Usamljenost u obitelji	r	-,499**	,358**	,537**	1,000	-,216**	-,150	-,323**	-,390**
	p	,000	,000	,000	.	,006	,054	,000	,000
	N	174	172	170	175	160	165	171	167
Fizička skrb	r	,295**	-,351**	-,355**	-,216**	1,000	,569**	,489**	,231**
	p	,000	,000	,000	,006	.	,000	,000	,004
	N	159	157	158	160	160	156	159	156
Psihološka skrb	r	,329**	-,483**	-,264**	-,150	,569**	1,000	,678**	,312**
	p	,000	,000	,001	,054	,000	.	,000	,000
	N	166	163	160	165	156	166	165	164
Emocionalna skrb	r	,402**	-,454**	-,322**	-,323**	,489**	,678**	1,000	,437**

	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	171	170	166	171	159	165	172	168
Duhovna skrb	r	,284**	-,367**	-,355**	-,390**	,231**	,312**	,437**	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,000	.
	N	168	166	162	167	156	164	168	168

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Korelacija između *Rosenbergove skale samopoštovanja* i *socijalne usamljenosti* iznosi $r = -0,521$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *Rosenbergovu skalu samopoštovanja* pada vrijednost odgovora za *socijalnu usamljenost*.

Korelacija između *usamljenosti u ljubavi* i *usamljenosti u obitelji* iznosi $r = 0,537$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *usamljenost u ljubavi* raste vrijednost odgovora za *usamljenost u obitelji*.

Korelacija između *fizičke skrbi* i *psihološke skrbi* iznosi $r = 0,569$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *fizičku skrb* raste vrijednost odgovora za *psihološku skrb*.

Korelacija između *psihološke skrbi* i *emocionalne skrbi* iznosi $r = 0,678$ uz signifikantnost od 0,01, s razinom pouzdanosti od 99 %, dakle može se konstatirati kako porastom odgovora za *psihološku skrb* raste vrijednost odgovora za *emocionalnu skrb*.

6.4 Prikaz modela jednostavne linearne regresije između ukupne usamljenosti i skrbi samozbrinjavanja

Tablica 54: Pregled modela

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,549 ^a	,302	,300	,83495

a. Predictors: (Constant), Skrb ukupno

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Na tablici 54 prikazan je pregled modela. Prvi Stupac "R" predstavlja vrijednost R,

koeficijenta korelacije te možemo uočiti kako vrijednost koeficijenta korelacije R iznosi 0,549, što predstavlja korelaciju srednjeg intenziteta između promatranih varijabli. Drugi stupac R^2 predstavlja koeficijent determinacije, njegova vrijednost varira u zatvorenom intervalu od 0 do 1, jednak je nuli ako je protumačen broj kvadrata jednak nuli, a poželjna je vrijednost ovog koeficijenta blizu 1. U našem slučaju koeficijent determinacije iznosi 0,302, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,302 ili 30,2% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable od njene aritmetičke sredine, a neprotumačeni dio je 0,698 ili 69,8%.

Tablica 55: ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	88,342	1	88,342	126,722	,000 ^b
	Residual	204,261	293	,697		
	Total	292,604	294			

a. Dependent Variable: Usamljenost ukupno

b. Predictors: (Constant), Skrb samozbrinjavanja ukupno

Izvor: Anketni upitnik 2017.

Pogleda li se razina signifikantnosti u tablici 55, prikazanu za navedeni regresijski model, može se uočiti kako iznosi puno manje od 5% ($p < 0,05$), dakle odbacuje se nulta i prihvaća alternativna hipoteza kako je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 56: Prikaz koeficijenata^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7,108	,384		18,497	,000
	Skrb samozbrinjavanja ukupno	-1,241	,110	-,549	-11,257	,000

a. Dependent Variable: Usamljenost ukupno

Izvor: Anketni upitnik 2017.

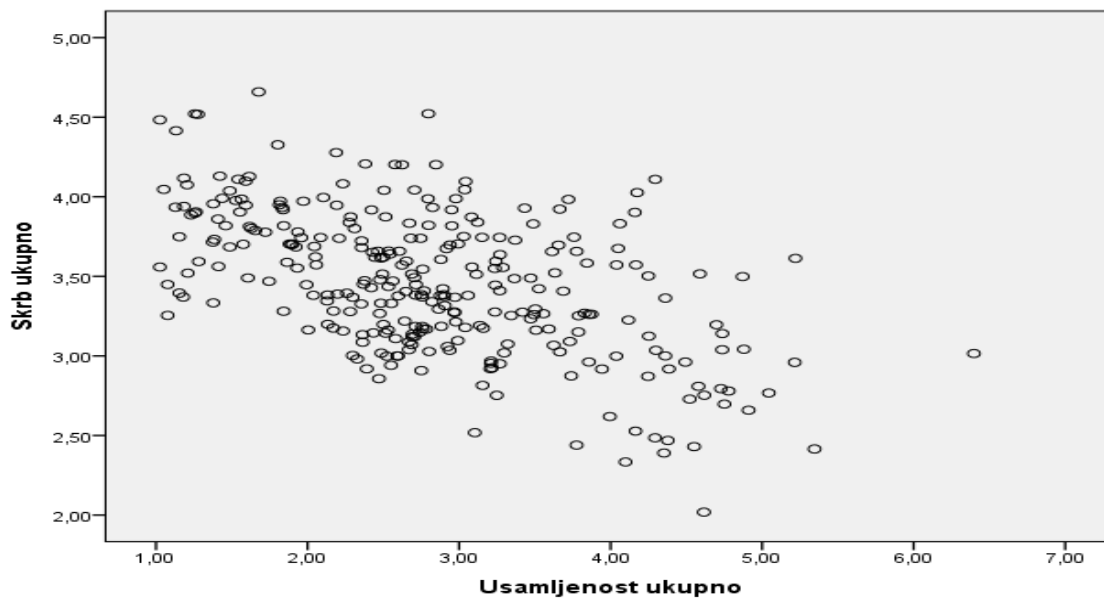
Na tablici 56 prikazan je regresijski koeficijent. Pomoću ovog koeficijenata (B u tablici 56)

može se napisati regresijsku jednadžbu: $Y=7,108-1,241X$

Pri tome konstantni član iznosi 7,108 i nema smisleno značenje. Nadalje, pogleda li se regresijski koeficijent (*skrb samozbrinjavanja ukupno*) može se uočiti da on iznosi -1,241, koeficijent se tumači ovako: vrijednost *usamljenost ukupno* smanjit će se za -1,241 ukoliko se skrb ukupno poveća za jednu jedinicu.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti koeficijenta i konstante može se uočiti kako je ona manja od 0,05, te se stoga može reći kako su promatrani koeficijenti statistički značajni.

Graf 1: Prikaz distribucije odgovora ispitanika u regresijskoj analizi



Izvor: Anketni upitnik 2017.

Točkasti Grafikon 1 prikazuje distribuciju promatranih varijabli u modelu kojim se promatra utjecaj samozbrinjavanja na usamljenost. Na osi x je prikazana varijabla usamljenost dok je na osi y prikazana ukupna skrb samozbrinjavanja.

7 RASPRAVA

7.1 Sociodemografske karakteristike ispitanika i usamljenost

Osnovu provedenog istraživanja čine dvije skupine ispitanika starije dobi; osobe koje su u instituciji (u domu) i osobe koje žive u svojim kućama (domaćinstvima).

S obzirom na dosadašnja istraživanja, naša je pretpostavka bila da su usamljenije one osobe koje žive u instituciji. Međutim, provedeno je istraživanje pokazalo nešto drugačije rezultate, pri čemu se statistički značajna razlika između obje skupine ispitanika pokazala jedino za *usamljenost u ljubavi* kod institucionaliziranih ispitanika (Tablica 26) dok kod *socijalne usamljenosti* i *usamljenosti u obitelji* nisu dobivene statistički značajne razlike između ove dvije skupine ispitanika. Dobiveni rezultati ne iznenađuju previše s obzirom da su u istraživanje bili uključeni domovi umirovljenika koji su po svojoj opremljenosti i uvjetima života slični uvjetima kakve bi starije osobe imale da su u svojoj kući. Odlazak starije osobe u dom ne treba uvijek predstavljati negativno iskustvo s obzirom da razvija osjećaj sigurnosti, oslobađa od svakodnevnih aktivnosti koje bi obavljala da živi u vlastitoj kući (plaćanje računa, kuhanje ručka, pranje rublja i slično) pa temeljem toga imaju više slobodnog vremena (Brajković 2010, 82) ali i zbog kojeg mogu osjećati usamljenost u ljubavi. No, suprotno navode Lovreković i Leutar (2010, 59) pri čemu smatraju kako domski smještaj izdvaja staru osobu iz njene fizičke i socijalne sredine te ju tako izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu. Međutim, kakav će osjećaj izazvati odlazak u dom ovisi o stavu stare osobe, stavu okoline u kojoj se nalazi, mogućnosti zadovoljenja različitih potreba u domu, sposobnosti prilagođavanja i slično (Brajković 2010, 82). Također, Brajković (2010, 82) navodi kako stariji ljudi koji stanuju u domovima pokazuju veći stupanj usamljenosti, a to se objašnjava činjenicom da je obitelj starijim osobama primarni izvor socijalne podrške, a bračni odnos ključni element te podrške (Brajković 2010, 83). U prilog navedenom govori studija koju su proveli Drageset i sur. (2011) koji su ustvrdili kako je više od polovice korisnika staračkih domova, koji nisu imali nikakva kognitivna oštećenja, izjavilo da se osjećaju usamljeno. Institucionalizirane osobe često bivaju kategorizirane kao nemoćne i nesamostalne, odnosno ako je osoba smještena u dom za starije i nemoćne, „ona je automatski gledana kroz prizmu nedostataka/slabosti, a ne očuvanih sposobnosti, a identitet te iste osobe se gubi jer je klasificirana na temelju

zajedničkih obilježja grupe u kojoj se nalazi“ (Lacković-Grgin 2008). Što se tiče dobi ispitanika, u istraživanju smo naveli 3 dobne skupine: od 65. – 74. godine, od 75. – 84. godine te od 85 i više godina. Ako pogledamo Tablice 31 i 32 možemo vidjeti kako su najveću razinu usamljenosti pokazali ispitanici u instituciji u dobnoj skupini od 65. – 74. godine i to na području *usamljenosti u ljubavi*. Dobivene rezultate možemo objasniti time da navedeni ispitanici spadaju u skupinu „mlađi-stariji“ koja se susreće s promjenom životnih obveza nastalih procesom umirovljenja. „Umirovljenje formalno oslobađa pojedinca od radnih obveza i ostavlja mu na raspolaganju znatno više slobodnog vremena koje može ispuniti na različite načine“ (Bara 2013, 205). Također, dobivene rezultate možemo potkrijepiti činjenicom da su novi brakovi starijih udovaca i udovica sretniji i uspješniji od onih ponovno sklopljenih u mlađoj dobi, a kao razlog tome navodi se „veća sloboda starijih od obveza prema djeci i poslu“ (Dijanić Plašć i Mamula 2007, 6-9) pa su svjesniji potrebe za ljubavlju.

Za razliku od ispitanika u instituciji, ispitanici koji žive u kućama (Tablica 31 i 33) u dobnoj skupini iznad 85 godina iskazali su veću *socijalnu usamljenost* i *usamljenost u ljubavi*, a *usamljenost u obitelji* iskazali su ispitanici u dobnoj skupini od 65. – 74. godine. Slične rezultate dobili su Cacioppo i sur. (2006) te su ustvrdili da je usamljenost najučestalija kod adolescenata, osoba mlađe životne dobi te najstarije dobne skupine iznad 80 godina. S obzirom da starija životna dob može predstavljati izazov u promjeni uloga kao što su postajanje bake i djeda, odlazak u mirovinu, smrtni slučajevi bliskih osoba te potencijalno smanjenje društvenih mreža (Dahlberg i sur. 2015), može ugroziti odnosno spriječiti stvaranje novih prijateljstava i održavanje postojećih odnosa (Pikhartova i sur. 2016).

Zanimljivo je ako ćemo gledati prema spolu; upravo su ženske ispitanice iskazale veću razinu *usamljenosti u ljubavi* (Tablica 29). Slične rezultate dobio je Cutrona (1982 u Lacković-Grgin 2008, 87) te navodi da su žene usamljenije u intimnim i prijateljskim odnosima (emocionalna usamljenost), a muškarci u socijalnim odnosima u grupi (socijalna usamljenost). Također, Cacioppo i sur. (2009) su ustvrdili da je usamljenost češća kod žena u odnosu na muškarce. Navedeno možemo objasniti time da su žene u istraživanjima spremnije priznati postojanje osjećaja usamljenosti jer ih se ne stereotipizira slabima kao što je to slučaj s muškarcima, a u prilog navedenom govori istraživanje koje su proveli Lau i Gruen (1992, 182) te navode da su „usamljeni muškarci značajnije stigmatizirani nego usamljene žene“. Ako ćemo pogledati bračno stanje ispitanika (Tablice 40 i 41), možemo vidjeti kako su ispitanici u domovima koji su neudati/neoženjeni iskazali

statistički značajnu razliku u *usamljenosti u ljubavi* i *usamljenosti u obitelji*.

Što se tiče ispitanika koji žive u kućama (Tablice 40 i 41), najveća razina usamljenost pokazala se statistički značajnom u *usamljenosti u ljubavi* za udovce/ice, a *usamljenost u obitelji* naveli su neudani/neoženjeni, a najmanju razinu usamljenosti u ljubavi i usamljenosti u obitelji iskazali su ispitanici u braku. Kada je riječ o smrti supružnika, za drugog supružnika financijska, domaćinska i emocionalna odgovornost se i više nego udvostručuje, pri čemu su ljutnja, depresija, beznade, usamljenost i osjećaj socijalne izolacije najvažniji osjećaji supružnika koji je izgubio izvor emocionalne podrške (Rusac i sur. 2016, 61-62). „Smrt supružnika može biti posebno teška u slučaju jasne podjele tradicionalnih spolnih uloga u vezi kada je jedan partner nepripremljen na preuzimanje zadataka koji su nužni da bi se održavalo domaćinstvo. Tako je udovištvo za većinu starijih osoba daleko više od emocionalnog gubitka žene ili muža, ono obično znači duboku promjenu življenja koja nije slobodno izabrana ni željena, oduzimanje svakodnevne aktivnosti interakcija, gubitak budućnosti koju su zajedno planirali, blizinu završetka života, a često i gubitak identiteta i životnog smisla”(Rusac i sur. 2016, 62). Lacković-Grgin i sur. (2009, 13) proveli su istraživanje na 185 udanih žena s ciljem utvrđivanja povezanosti dimenzija kvalitete bračnog odnosa s emocionalnom i socijalnom usamljenosti te su utvrdili da postoji umjerena značajna povezanost između dimenzija bračnog odnosa i emocionalne i socijalne usamljenosti kao i samostišavanja te da su prediktori emocionalne usamljenosti u ljubavi upravo zadovoljstvo bračnim odnosom i prisnost. Istraživanjem koje su proveli Marqelisch i sur. (2015, 2) utvrdili su kako je bračno zadovoljstvo starijih osoba povezano sa zdravljem i osjećajem dobrobiti što se svakako reflektira na kvalitetu života u starijoj životnoj dobi. Slično istraživanje koje su proveli Dahlberg i sur. (2015) pokazalo je kako su udovištvo, depresija, smanjena mobilnost te otežana pokretljivost prediktori za pojavu usamljenosti kod žena, a smanjeni socijalni kontakti su prediktori usamljenosti za muškarce. Navedene rezultate možemo obrazložiti činjenicom da žene lakše i češće pokazuju i dijele emocije u odnosu na muškarce (Hawkley i sur. 2005).

Što se tiče ispitanika koji žive u kućama u gradu i selu, nismo dobili statistički značajne razlike niti u *socijalnoj usamljenosti*, niti u *usamljenosti u ljubavi*, niti u *usamljenosti u obitelji* (Tablice 43 i 44). S obzirom na rezultate dosadašnjih provedenih istraživanja, naša pretpostavka je bila da će veću razinu usamljenosti iskazati ispitanici koji žive u gradu. Naime, urbana i ruralna naselja razlikuju se po prometnoj povezanosti s drugim naseljima ili gradovima. „Urbani prostori postaju sve razvijeniji kako bi se zadovoljile potrebe bogatih, mladih potrošača, stoga određena urbana područja više nisu pogodna za

održavanje socijalnih odnosa koji mogu zaštititi starije osobe od socijalne izolacije, usamljenosti i time olakšati mentalno zdravlje starijih osoba” (Scharf i de Jong Gierveld 2008, 103). Phillipson (2007) i Galea i sur. (2005) navode kako život u gradskim četvrtima, zbog neadekvatnog okoliša, često dovodi do narušenog mentalnog zdravlja i depresije starijih osoba. Procesi povezani s globalizacijom ostavljaju posljedice na gradska područja te pojačavaju potrebu za rješavanjem odnosa između starijih ljudi i urbanih sredina. No, ako ćemo pogledati rezultate ispitanika koji žive u svojim kućama s obzirom na vrstu domaćinstva (Tablice 45 i 46), vidimo kako su najveće vrijednosti *usamljenosti u ljubavi* i *usamljenosti u obitelji* iskazali ispitanici koji žive u samačkom domaćinstvu. Navedeni rezultati u skladu su sa svjetskim podacima koji govore kako je usamljenost najznačajnija društvena promjena u suvremenom svijetu, posebice kod samaca, pri čemu pojedinci koji žive sami čine više od jedne trećine svih kućanstava u Francuskoj, Njemačkoj i Velikoj Britaniji, a više od jedne četvrtine svih kućanstava u SAD-u, Kanadi i Japanu (Klinenberg i Solo 2012 u Tadaka i sur. 2016). Trend demografskog starenja stanovništva zabilježen je i u RH te je popraćen porastom broja osoba starije životne dobi koje žive u samačkom domaćinstvu te postmodernističkim trendom raspada tradicionalne obitelji koje starije osobe štite od rizika ranjivosti (Rusac i sur. 2017, 7). „Iz ovog je vidljiva uloga obitelji u emocionalnoj podršci. Ako se osvrnemo na obiteljske odnose i uopće na socijalnu podršku obitelji, treba istaknuti da se obitelj postupno mijenja i restrukturira. Ona je sve češće brojčano mala i dvogeneracijska jer stariji roditelji i odrasla djeca ne stanuju zajedno. No, premda se međugeneracijski odnosi mijenjaju, podaci iz zapadnih društava pokazuju da je obitelj još uvijek najsnažniji izvor podrške starijim osobama” (Rusac i sur. 2016, 52-53). Što se tiče veličine stambenog prostora, zanimljivo je kako su usamljenost u sve tri subskale: *socijalna usamljenost*, *usamljenost u ljubavi* i *usamljenost u obitelji* iskazali ispitanici koji žive u prostoru manjem od 50 m² (Tablice 47 i 48). Slično istraživanje, s kojim bi korelirali navedene rezultate u stranoj i domaćoj literaturi, nismo pronašli. Pretpostavljamo da osobe koje žive u manjem stambenom prostoru ujedno žive u samačkom domaćinstvu ili u domaćinstvu s manjim brojem članova, pa su na taj način lišene značajnih socijalnih i emocionalnih kontakata.

Ako ćemo pogledati odnos stupnja obrazovanja i usamljenosti (Tablice 38 i 39), zanimljivo je kako ne postoji statistički značajna razlika u procjeni usamljenosti kod obje skupine ispitanika. Međutim, naša pretpostavka je bila da niže obrazovane starije osobe će iskazati veću razinu usamljenosti s obzirom da niže obrazovanje vjerojatno može uzrokovati niže materijalne prihode što može smanjiti mogućnost za društvenih interakcija (odlazak na

izlete, kazalište, kino i sl.). Oshio (2018) navodi kako niže obrazovanje utječe na rizično zdravstveno ponašanje (pušenje, konzumacija alkohola) te smanjeni odaziv na preventivne preglede međutim autor upozorava da trebamo biti oprezni u generalizaciji rezultata s obzirom da oni mogu ovisiti o društveno-institucionalnim okvirima. Neka dosadašnja istraživanja pokazuju kako se starije osobe, kada se umirove, odlučuju na nastavak obrazovanja. Tako je istraživanje koje je provela Hrapkova (2010, 34) na 414 studenata starije životne dobi u Bratislavi, pokazalo kako se starije osobe sve češće odlučuju na studiranje kako bi, osim stjecanja novih znanja, zadovoljile potrebu za stjecanjem društvenih kontakata te na taj način onemogućile pojavu usamljenosti.

Što se tiče mjesečnog dohotka (Tablice 49 i 50), možemo vidjeti kako kod ispitanika koji žive u kućama postoji statistički značajna razlika u procjeni *usamljenosti u ljubavi* u odnosu na visinu mjesečnog dohotka, pri čemu su ispitanici koji imaju mjesečni dohodak od 3400 – 4500 kn iskazali najnižu razinu *usamljenosti u ljubavi*. Dobiveni rezultati u skladu su s ranijim sličnim istraživanjima. Tako Šučur i sur. (2006, 12) ističu kako siromaštvo otežava sudjelovanje u društvenim aktivnostima, reduciraju se socijalne veze i raste vjerojatnost socijalne izolacije, a ako se razdoblje siromaštva produži, pojavit će se tenzije u obiteljskim i bračnim odnosima. Naime, umirovljenjem osobe starije životne dobi imaju veći rizik od siromaštva, pri čemu financijske brige i nužno odustajanje od posla predviđaju stres nakon odlaska u mirovinu (Berk 2008, 611). U RH značajan su problem niske mirovine, a Matica umirovljenika Hrvatske (2013) navodi kako su „niske mirovine sveprisutni problem s kojima se suočavaju starije osobe u Hrvatskoj, pri čemu čak 77,5% umirovljenika prima mirovinu koja iznosi 1.680 kn mjesečno“, a „minimalna potrebna mjesečna plaća s kojom osoba može samostalno preživjeti u RH iznosi 4073,99 kn“ (Državni zavod za statistiku 2007 u Podgorelec i Klempić 2007, 122). Istraživanja provedena u RH pokazuju da je siromaštvo u velikoj mjeri vezano uz starija i samačka kućanstva. U rizičnu skupinu naročito spadaju umirovljenici ili osobe koje nemaju nikakvih mirovinskih primanja, a pri tome nemaju niti financijsku potporu izvanobiteljskih socijalnih mreža (Žganec i sur. 2008, 176). Istraživanje Pinquarta i Sörensóna (2001, 245) koje je provedeno na starijim ispitanicima (odraslim osobama i osobama starije životne dobi) pokazalo je negativnu povezanost obrazovanja i visine primanja s usamljenošću. Također, Weiss je 1973. (u Cosan 2014, 105) izjavio kako su siromašne osobe sklonije javljanju osjećaja usamljenosti. Nadalje, socioekonomskim statusom uvjetovana je i percepcija starenja, odnosno nedostatak materijalnih sredstava za život može dovesti do negativne percepcije starenja, a dostatna materijalna sredstva za život mogu dovesti do

pozitivne percepcije starenja zbog toga što starije osobe s više materijalnih sredstava imaju više prilika za uključivanje u različite društvene aktivnosti i osjećaju se društveno korisnima (Zhao i sur. 2017).

Zaključno možemo reći kako su se statistički značajne razlike pokazale za *usamljenost u ljubavi* s obzirom na ispitanike koji su u instituciji i ispitanike koji su u kući. Što se tiče ispitanika koji žive u gradu i na selu, nisu se pokazale statistički značajne razlike niti u jednoj subkategoriji usamljenosti.

Međutim, ako ćemo gledati rezultate ispitanika koji žive u instituciji i u kućama, prema sociodemografskim karakteristikama (dob, spol, stupanj obrazovanja, visina mjesečnog dohotka) dobiveni rezultati su pokazali statistički značajne razlike u procjeni socijalne i emocionalne usamljenosti.

7.2 Samopoštovanje i usamljenost

Gledajući razinu samopoštovanja s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika (institucija ili vlastita kuća), iz Tablice 25 vidimo da je vrijednost aritmetičkih sredina viša za ispitanike koji žive u kućama. Testnom statistikom (Tablica 26) utvrđeno je da je navedena razlika statistički značajna, odnosno ispitanici koji žive u svojim kućama iskazali su veću razinu samopoštovanja u odnosu na ispitanike koji su institucionalizirani. Naime, domski smještaj izdvaja staru osobu iz njene fizičke i socijalne sredine te ju tako izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu (Lovreković i Leutar 2010, 59). Stoga, poštivanje autonomije kod starijih osoba u domovima umirovljenika predstavlja poseban izazov, jer mnoge starije osobe doživljavaju stvaran i stalan gubitak neovisnosti i autonomije s obzirom da institucionalni zahtjevi otežavaju potpuni individualni pristup (Sherwin i Winsby 2011). Goffman (2000, 115-146) spominje „kontaminaciju osobnosti” te ju opisuje kao otuđenje osobnih stvari dolaskom u instituciju, pregled cijelog tijela koji je neugodan i ponekad ponižavajući kao i ulazak osoblja u bilo koje vrijeme u sobu korisnika u domovima što svakako može utjecati na opadanje samopoštovanja.

Što se tiče rezultata samopoštovanja ovisno o spolu, testnom statistikom nisu utvrđene značajne razlike u obje skupine ispitanika (Tablice 30 i 31).

Kod ispitanika koji žive u kućama postoji statistički značajna razlika dobi i razine samopoštovanja, odnosno najveću razinu samopoštovanja iskazali su ispitanici u dobnoj skupini od 65. – 74. godine života, a najnižu razinu samopoštovanja iskazali su ispitanici stariji od 85 godina (Tablica 33). Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima istraživanja

koje su proveli Robins i sur. (2002, 423), a koje je potvrdilo kako odnos dobi i samopoštovanja ukazuje na „postupno opadanje samopoštovanja u djetinjstvu koje slijedi daljnje opadanje u adolescenciji da bi se samopoštovanje postupno povećavalo i došlo do vrhunca u odrasloj dobi i završilo oštrim padom u staroj dobi s početkom u sedamdesetim godinama života“.

Što se tiče razine obrazovanja i samopoštovanja, dobivene su statistički značajne razlike, pri čemu su najnižu razinu samopoštovanja iskazali ispitanici s osnovnom školom (Tablice 37 i 38). Također, rezultati su pokazali kako na samopoštovanje utječe i zdravstveno stanje (Tablice 35 i 36). Naime, u obje skupine ispitanika (u institucijama i kućama) veću razinu samopoštovanja iskazali su ispitanici koji su svoje zdravstveno funkcioniranje ocijenili s *izvrsnim (nemam zdravstvenih poteškoća)*. Kao što smo spomenuli u teoretskom dijelu ovog rada, starenje je proces kojeg prate brojne fiziološke promjene i to na biološkoj i kognitivnoj razini, stoga ne čudi da narušeno zdravstveno funkcioniranje utječe na smanjeno samopoštovanje. Zanimljivu podjelu starenja su naveli Rowe i Kahn (u Rusac i sur. 2016, 36) koji starenje dijele na normalno i uspješno. Njihov koncept normalnog starenja povezan je s biološkim procesom starenja čime se smanjuje kapacitet, a slabljenje je povezano s bolestima kao i sa smanjenim socijalnim funkcioniranjem. Navedeni autori prepoznaju tri čimbenika starenja: optimalno fizičko i kognitivno djelovanje, izostanak bolesti, volja za životom. Također, Družić Ljubotina i Ljubotina (2014, 87) navode kako je nisko samopoštovanje povezano s nizom čimbenika poput bolesti, niskog obrazovnog statusa, niskih prihoda i slično.

Uspoređujući razinu mjesečnog dohotka i samopoštovanja (Tablice 49 i 50), rezultati su pokazali kako su ispitanici s mjesečnim primanjem od 3400 – 4500 kn procijenili najveću razinu samopoštovanja. Dobiveni rezultati su u skladu s teoretskim objašnjenjem kako materijalni deficit, koji najjasnije određuje siromaštvo, povlači sa sobom široku lepezu nezadovoljenih osnovnih ljudskih potreba u biološkom, psihološkom i sociološkom smislu (Družić Ljubotina i Ljubotina 2014, 87). Batty i Flint (2010, 10) također navode da siromaštvo može doprinijeti problemu niskog samopoštovanja.

Kako bismo utvrdili ovisnost usamljenosti o razini samopoštovanja, u statističkoj obradi koristili smo Spearmanov koeficijent korelacije. Zanimljivo je kako kod ispitanika u instituciji (Tablica 51) nisu utvrđene statistički značajne korelacije između *socijalne usamljenosti, usamljenosti u ljubavi i usamljenosti u obitelji s razinom samopoštovanja*. Međutim, kod ispitanika koji žive u kućama (Tablica 52) utvrđene su statistički značajne korelacije između *samopoštovanja i socijalne usamljenosti*, odnosno s porastom socijalne

usamljenosti smanjuje se razina samopoštovanja ispitanika. Dobivene rezultate možemo obrazložiti činjenicom da kada stariji ljudi ulaze u starosno razdoblje, mogu doživjeti određene probleme i nedostatke kao što su „regresija u kognitivnom i fizičkom funkcioniranju“ (Adams i sur. 2004, 476), koji dovode do opadanja produktivnih uloga, smanjenja ili gubitka međuljudske interakcije što za posljedicu dovodi do narušavanja slike o samome sebi (Singh i Misra 2009, 51). Osobe nižeg samopoštovanja mogu misliti da niti drugi ljudi nemaju visoko mišljenje o njima zbog čega se osjećaju odbačenima i rijetko se odlučuju na iniciranje socijalnih kontakata Naime, u starijoj se dobi, zbog smanjenja socijalne mreže i smanjenja socijalnih kontakata, smanjuju obiteljske i socijalne uloge starijih osoba što može kao posljedicu imati samopercipiranu beskorisnost (Gu i sur. 2016). Međunarodna kvalitativna studija Dignity and Older Europeans (Tadd i sur. 2010 u Rusac i sur. 2016, 22-26) analizirala je podatke iz 265 ciljnih skupina s ukupno 1320 sudionika iz šest europskih zemalja (Slovačka, Španjolska, Švedska, Francuska, Irska i Velika Britanija) te je utvrđeno kako se osjećaj isključenosti iz mnogih aspekata društva počinje javljati umirovljenjem koje je često bilo silom zakona, a osjećaj manje vrijednosti se pojačao s promjenama u obiteljskim strukturama koje su im oduzele priliku da imaju „korisnu“ ulogu. U navedenoj studiji ispitanici su pokazali kako im je dostojanstvo raslo kada bi se njihovo mišljenje uvažavalo i kada ih se aktivno ohrabrivalo da sudjeluju u procesu odlučivanja te su istaknuli kako bi trebali dobiti više prilika da služe zajednici u obliku volontiranja, jer bi im to podiglo samopouzdanje i dalo osjećaj identiteta i zasluženog dostojanstva. Budući da umirovljenje uključuje odustajanje od uloga koje su vitalni dio identiteta i samopoštovanja, obično se pretpostavlja da je riječ o stresnom procesu koji pridonosi slabljenju tjelesnog i mentalnog zdravlja (Berk 2008, 611).

7.3 Samozbrinjavanje i usamljenost

„Samozbrinjavanje je svjesna, promišljena, samoinicijativna i svrhovita aktivnost pojedinaca koja počiva na osobnim vrijednostima i ciljevima. Ona može učinkovito djelovati na unapređenje strukturalnog integriteta, funkcioniranje i razvoj osobe“ (Kalauz 2011, 30). Železnik (2010, 4) navodi da „samozbrinjavanje nije samo naučena, svjesna radnja, nego je i dijelom podsvjesna oblikovana rutina“. Istraživanje koje su proveli Hoy i sur. (2007, 716) pokazalo je kako je samozbrinjavanje presudno u skrbi starijih osoba te može biti odlučujući čimbenik za upravljanje svakodnevnim životom u vlastitim domovima. Također, utvrđeno je da „smanjena sposobnost samozbrinjavanja utječe i na

smanjeno zadovoljstvo života starije osobe“ (Borg i sur. 2006, 607).

Procjena samozbrinjavanja u ovom istraživanju sastojala se od procjene fizičke skrbi, psihološke skrbi, emocionalne skrbi i duhovne skrbi.

Uspoređujući rezultate ispitanika koji žive u institucijama i koji žive u kućama, veću razinu samozbrinjavanja u *psihološkoj skrbi*, *emocionalnoj skrbi* i *duhovnoj skrbi* procijenili su ispitanici koji žive u kućama, dok na području fizičke skrbi nije bilo statistički značajne razlike (Tablice 25 i 26). Ako ćemo pogledati procjenu zdravstvenog stanja, također smo dobili statistički značajne razlike, pri čemu su lošije zdravstveno stanje procijenili ispitanici koji žive u institucijama (Tablice 27 i 28). Navedeni rezultati su bili očekivani s obzirom da se pretpostavlja da bi većina starijih ljudi što je duže moguće ostala kod svoje kuće (Van Rensbergen i Pacolet 2012; Železnik 2014; Al-Shaqi i sur. 2016), no ovisnost o tuđoj pomoći u svakodnevnim aktivnostima, bolest te prethodno iskustvo života u domu prediktivni su elementi za institucionalizaciju starijih osoba (Mortazavi i sur. 2015; Kim i sur. 2015). Dobiveni rezultati potvrđuju rezultate sličnih istraživanja (Mortazavi i sur. 2015; Kim i sur. 2015; Van Rensbergen i Nawrot 2010) koji su pokazali kako su prediktivni elementi za institucionalizaciju starijih osoba ovisnost o tuđoj pomoći u svakodnevnim aktivnostima, bolest te prethodno iskustvo života u domu. Nadalje, Železnik (2007, 78) navodi kako društvo i država trebaju naći načina kako bi starijim osobama omogućili da ostanu što je dulje moguće u svojim sredinama u kojima su živjeli i radili.

Nummela i sur. (2010 u Ibrahimi 2014, 14) navode kako priroda odnosa između zdravlja i usamljenosti može biti povremena i dvosmjerna, odnosno loše zdravlje može uzrokovati povećanu usamljenost, a povećana usamljenost dovodi do lošeg zdravlja.

Što se tiče usporedbe spola sa sposobnosti samozbrinjavanja, kod institucionaliziranih ispitanika nisu utvrđene ni u jednoj skrbi statistički značajne razlike (Tablica 30). Međutim, kod ispitanika koji žive u svojim kućama, utvrđene su statistički značajne razlike za ženske ispitanice koje su procijenile veću sposobnost samozbrinjavanja na području *emocionalne skrbi* i *duhovne skrbi* (Tablice 29 i 31). Duhovnost i religija mogu poslužiti kao emocionalna potpora, kao sredstvo pozitivne reinterpetacije i rasta, ali i kao taktika aktivnog suočavanja sa stresom, no jednako tako može biti jedna od strategija izbjegavanja akcija usmjerenih na problem (Rusac 2016, 46).

Klainin i Ouannapiruk (2010, 156) ustvrdili su kako dob, spol i obrazovanje pokazuju slabu povezanost sa samozbrinjavanjem. Također, naše istraživanje je pokazalo da ne postoje statistički značajne razlike s obzirom na dob i sposobnost samozbrinjavanja kod ispitanika koji su u institucijama (Tablica 32), međutim kod ispitanika koji žive u kućama

statistički značajna razlika utvrđena je na području fizičke skrbi, psihološke skrbi i emocionalne skrbi (Tablica 33), pri čemu su najveću sposobnost samozbrinjavanja u navedenim područjima skrbi naveli ispitanici u dobi od 65. – 74. godine. Kada pogledamo procjenu zdravstvenog stanja sa sposobnosti samozbrinjavanja iz Tablice 34, vidimo kako su smanjenu sposobnost samozbrinjavanja u području emocionalne skrbi iskazali ispitanici u institucijama koji su svoje zdravstveno stanje procijenili kao zabrinjavajuće, dok u ostalim područjima samozbrinjavanja nisu utvrđene statistički značajne razlike. Dobiveni podaci ne odstupaju previše od podataka prema Izvješću o položaju umirovljenika i osoba starije životne dobi na području grada Varaždina (2014, 4) koji ukazuju da je najviše institucionalizirano starijih osoba u dobi od 75. – 84. godine dok je u kućama/domaćinstvima najviše osoba u dobnoj skupini od 65. – 74. godine. Također, navedeni rezultati su u skladu s podacima iz Nacrta strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016. u kojoj udio osoba s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti raste s kronološkom dobi, pa je tako udio onih koji imaju teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti u mlađoj dobnoj skupini 38,44%, srednjoj dobnoj skupini 53, 85% i staroj dobnoj skupini 67, 93%. Kod ispitanika koji žive u svojim kućama, povećanu sposobnost na području psihološke skrbi samozbrinjavanja procijenili su ispitanici koji su zdravstveno stanje naveli kao izvrsno (Tablice 34 i 36). Kod psihološke skrbi, od velikog značaja je upravljanje stresom, s obzirom da odlazak u mirovinu, promjene u društvenim vezama, pad tjelesnih i kognitivnih sposobnosti utječu na psihološku dobrobit starijih osoba i mogu dovesti do usamljenosti (Grau-Sanchez i sur. 2017), stoga je psihološka skrb bitna za adekvatno suočavanje sa stresnim promjenama. Dostupnost psihosocijalnih resursa može olakšati prilagodbu na stresne događaje u starijoj životnoj dobi (de Frias i Whyne 2015). Adaptivni mehanizmi mogu zaštititi pojedinca od stresora, a jedan od adaptivnih mehanizama naziva se svjesnost. Svjesnost je složen i prilagodljiv proces koji zahtjeva usmjeravanje pažnje na sadašnji trenutak u prihvatljivom i neosuđujućem stavu (de Frias i Whyne 2015).

Stupanj obrazovanja i sposobnosti samozbrinjavanja ukazao je na statistički značajne razlike u obje skupine ispitanika. Kod institucionaliziranih, najveću sposobnost samozbrinjavanja u psihološkoj skrbi i emocionalnoj skrbi pokazali su ispitanici s visokom školom; od ispitanika koji žive u kućama najveću razinu samozbrinjavanja u fizičkoj, psihološkoj i emocionalnoj skrbi pokazali su također ispitanici s visokom školom (Tablica 37). Navedene rezultate možemo objasniti time da se obrazovaniji ljudi lakše nose s promjenama u starosti te su spremniji sudjelovati u aktivnostima koje doprinose zdravom

aktivnom starenju. Tako Šućur i sur. (2006) ističu kako obrazovanje utječe na socijalno uključivanje kroz obrazovna postignuća, cjeloživotno obrazovanje, pri čemu su obrazovaniji ljudi mobilniji i lakše se prilagođavaju novim okolnostima. Također, autori navode kako obrazovanje pridonosi, ne samo stjecanju znanja i vještina, već utječe i na socijalizaciju, uključivanje i osnaživanje pojedinca te predstavlja sredstvo osobnog ispunjavanja.

Kada pogledamo sposobnosti samozbrinjavanja s obzirom na vrstu domaćinstva iz Tablice 46, vidimo kako su ispitanici koji žive s više članova procijenili najvišu razinu *duhovne skrbi* dok se u ostalim razinama skrbi nije pokazala statistički značajna razlika. Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskoga života s obzirom na način na koji osobe (pojedinci i zajednice) doživljavaju, izražavaju i/ili traže smisao, svrhu i transcenciju te na način na koji su povezane s trenutkom u kojem žive sa samim sobom, s drugima, s prirodom, s onim što je bitno i/ili sveto (Bešlić 2017, 92). Naime, duhovnost i religioznost mogu uznapredovati u starijoj dobi u kojoj se naglašava povezanost s drugima i pomirenje s nesigurnošću i životom (Galić i sur. 2013). „Sudjelovanje u religijskim aktivnostima prediktor je optimalnog tjelesnog funkcioniranja tijekom razdoblja od 12 godina uz pozitivne učinke optimizma, zdravstvenih navika i socijalne podrške. Žene se više angažiraju kao pripadnici crkvenih zajednica u odnosu na muškarce“ (Berk 2008 u Galić 2013, 18). Potraga za duhovnošću i duhovnim iskustvima jednako je važna čovjeku kao i njegove svakodnevne borbe za opstanak, stvaranje i razvoj. Ljudi većinu svoje pažnje usmjeravaju na ono što je vidljivo i opipljivo (Štambuk 2017, 144).

7.4 Rasprava o ograničenjima provedenog istraživanja

Naposlijetku, potrebno je naznačiti ograničenja provedenog istraživanja, ponajprije ograničenja uzorka i odabranog nacrt istraživanja. Uzorak se sastojao od dvije različite i relativno male skupine sudionika što može negativno utjecati na reprezentativnost uzorka i smanjiti mogućnost generalizacije rezultata. Tako veličina uzorka i činjenica da se istraživanje provelo u danom trenutku a ne kroz duže razdoblje, ograničuje valjanost procjena i onemogućuje dinamičku analizu, odnosno provedeno istraživanje dalo je samo uvid u trenutačno stanje sudionika te je na taj način onemogućeno mjerenje trajnosti (dinamike) usamljenosti. Također sudionici koji su u domu i sudionici u kućama kako se razlikuju u uzorku ovog istraživanja tako se razlikuju i u populaciji po pitanju dobi, spola, zdravstvenog stanja, obrazovanja i bračnog stanja. Nadalje podatke koji su interpretirani

osim autora ovog rada prikupljali su i socijalni radnici i radni terapeuti (za sudionike u domovima umirovljenika) te se taj dio prikupljanja podataka odvijao izvan kontrole autora ovog istraživanja. S obzirom da se istraživanje temeljilo na samoiskazima odnosno samoprocjeni starijih osoba te zbog njihovog brzog zamaranja pri samostalnom rješavanju upitnika, anketiranje je provedeno usmenim putem, pa postoji mogućnost da su sudionici davali socijalno poželjne odgovore.

Kao sljedeći ograničavajući čimbenik je sama dobna podjela koju smo koristili u istraživanju, pri čemu je dob sudionika kao jedna vrlo važna varijabla prikupljena prema dobnim rasponima umjesto precizno zbog čega je dobivena nejednakost u veličinama podskupina. Tako srednja dob (od 75-85) obuhvaća čak deset godina što je ogroman raspon u starijoj dobi i može značiti velike razlike funkcionalnoj sposobnosti. Sljedeći značajan nedostatak je kros-sekcijski nacrt istraživanja pri čemu su zaključci ovog istraživanja isključivo korelacijske prirode te kao takve ne predstavljaju uzročno-posljedične odnose među varijablama.

7.5 Rasprava o preporukama za buduća istraživanja i prijedlog razvoja modela prevencije usamljenosti

Iako smo ukazali na niz varijabli koje mogu utjecati na pojavnost usamljenosti kod starijih osoba, usamljenost i dalje ostaje konstrukt kojeg treba detaljnije istražiti kako bi se mogao razviti cjeloviti model njezine prevencije. Prikupljeni podaci dobiveni našim istraživanjem poslužiti će kao temelj za provedbu budućih istraživanja s ciljem razvoja modela prevencije usamljenosti (Slika 1 i Slika 2). Svakako je u budućim istraživanjima potrebno je uvesti nove varijable poput detaljnijeg opisa zdravstvenog funkcioniranja (broj i vrsta kroničnih bolesti), dostupnosti zdravstvenih, socijalnih i drugih usluga u lokalnim zajednicama ispitanika, stupnja korištenja tih istih usluga, utjecaja ličnosti na usamljenost i slično. Svakako, daljnje istraživanje usamljenosti trebalo bi provesti i s aspekta liječnika obiteljske medicine ali i medicinskih sestara koje skrbe o starijima, posebice kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije osobe i u patronažnoj službi. Istraživanje koje su proveli Due i sur. (2018) pokazalo je kako usamljeni bolesnici rijetko razgovaraju o osjećajima vezanih uz usamljenost s liječnicima. Također neke kvalitativne studije su pokazale da liječnici opće prakse rijetko izravno pitaju svoje pacijente o usamljenosti već ih pitaju posredno ili ih uopće ne pitaju (Thorsen i sur. 2016; van Ravesteijn 2008). U kvalitativnoj studiji koju su proveli Thorsen i sur. (2016) utvrdili su kako liječnici umjesto da izravno

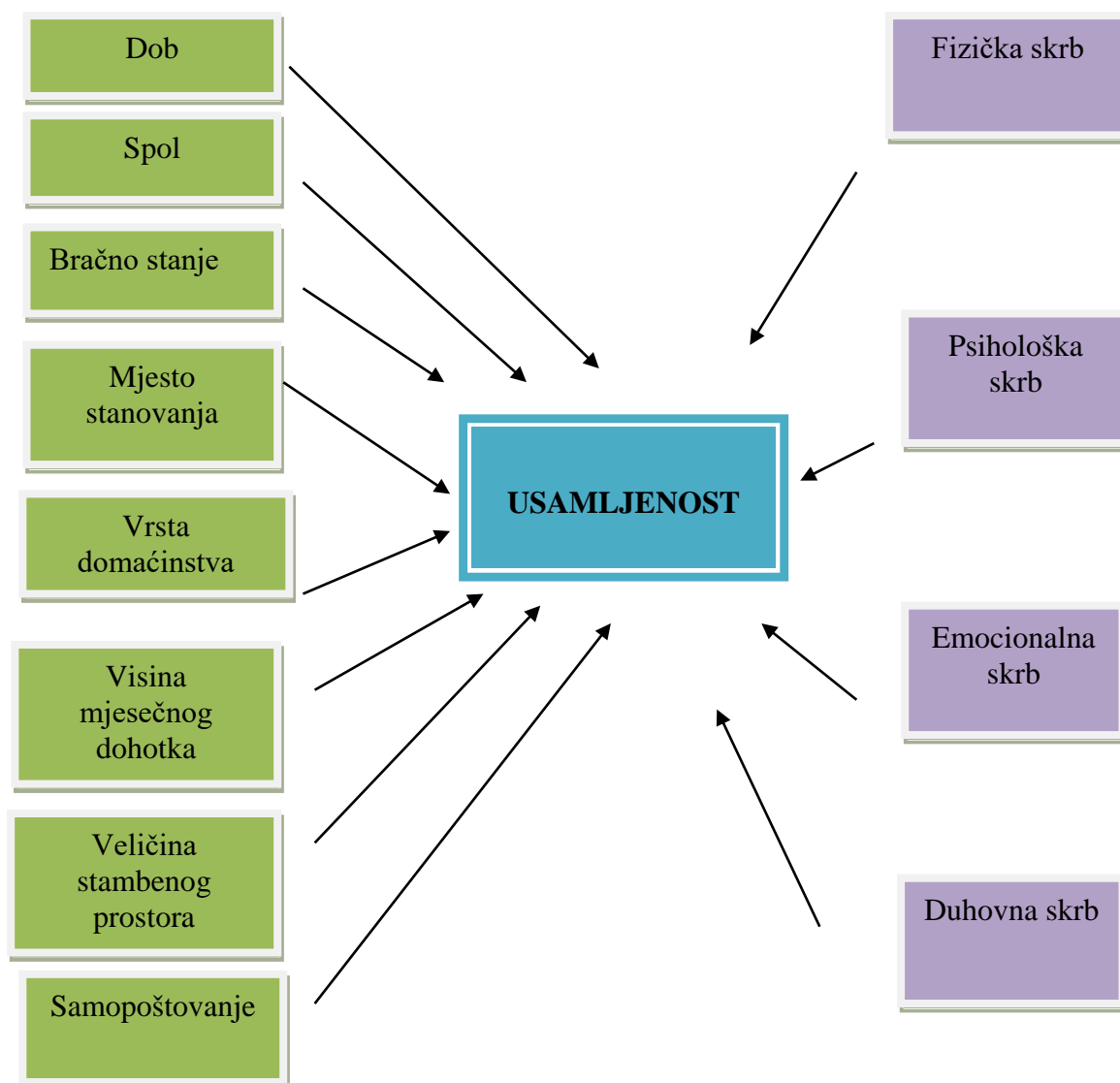
pitaju pacijente o njihovoj usamljenosti oni najčešće pacijente pitaju imaju li se kome obratiti za pomoć vezano uz postojeću bolest, a s obzirom na javnozdravstvene posljedice usamljenosti koje su jednake riziku koje nosi i pušenje, konzumacija alkohola, prekomjerna tjelesna težina, tjelesna neaktivnost, autori smatraju da je neopravdano izbjegavati problem usamljenosti u ordinacijama liječnika obiteljske medicine. S obzirom da razumijevanje, prepoznavanje i rješavanje usamljenosti spada u domenu rada liječnika ali i medicinske sestre, potrebno je budućim istraživanjem utvrditi koliko i dali uopće liječnici i medicinske sestre procjenjuju usamljenost kod starijih osoba u RH, kakva su njihova teoretska znanja o usamljenosti i javnozdravstvenim posljedicama usamljenosti te utječe li profesionalno sagorijevanje liječnika i medicinskih sestara na procjenu usamljenosti kod starijih osoba. Naime, zdravstvena njega treba biti kvalitetna, odgovarajuća i kontinuirana te usmjerena na korisnika pri čemu se težište stavlja na individualni holistički pristup pri planiranju socijalnih i zdravstvenih usluga (Xie i sur. 2012 u Rusac i sur. 2017, 8). Uloga medicinske sestre u ublažavanju i/ili sprečavanju usamljenosti može se definirati u društvenim implikacijama sestrinske prakse (Ibrahimi 2014, 30). Medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i u domovima umirovljenika trebale bi promovirati proaktivno starenje na način da potiču i usmjeravaju starije osobe na aktivnosti samozbrinjavanja kako bi se očuvala njihova samostalnost, neovisnost, autonomija i dignitet.



U sklopu ovog istraživanja primijenili smo Skalu samozbrinjavanja koja ujedno predstavlja i učinkovite strategije za samozbrinjavanje. Izračun provedenog koeficijenta Cronbach alphe pokazao je visoke i vrlo visoke vrijednosti u korištenim subskalama, odnosno u fizičkoj skrbi, psihološkoj skrbi, emocionalnoj skrbi i duhovnoj skrbi. Također, istraživanjem smo utvrdili značajni utjecaj samozbrinjavanja iz područja fizičke skrbi na pojavnosti socijalne usamljenosti pri čemu je linearna regresijska analiza koju smo proveli (objedinivši obje skupine ispitanika zajedno) pokazala kako se vrijednost ukupne usamljenosti smanjuje za -1,241 porastom skrbi samozbrinjavanja (Tablice 54, 55 i 56), a pogleda li se vrijednost signifikantnosti koeficijenta i konstante može se uočiti kako je ona manja od 0,05, te se stoga može reći kako su promatrani koeficijenti statistički značajni.

Aktivno starenje putem strategija samozbrinjavanja koje uključuju različite aktivnosti (vježbanje, čitanje, pjevanje, ples, jednodnevne izlete, posjete muzejima i kazalištima, razgovore, vođenje dnevnika, vježbanje, preventivne liječničke preglede i slično) odnosi se na niz aktivnosti kroz koje se starije osobe lakše suočavaju s modernim izazovima starenja te se na taj način onemogućuje pojavnost usamljenosti. „Dokazano je kako redovita

tjelesna i mentalna aktivnost, kao i kvalitetni socijalni kontakti, mogu pridonijeti mnogim pozitivnim promjenama i boljoj funkcionalnoj sposobnosti, kako u mlađih tako i u starijih ljudi, radi očuvanja njihove fizičke pokretljivosti, te predstavlja značajan čimbenik prevencije usamljenosti u starijoj životnoj dobi.“ (Rusac i sur. 2016, 45). Stoga, medicinske sestre u svome radu sa starijim osobama mogu poticati na društvene interakcije koristeći se strategijama samozbrinjavanja koje smo u ovome istraživanju koristili, a odnose se na fizičku skrb, psihološku skrb, emocionalnu skrb i duhovnu skrb (Slika 2 i Prilog D). Također, navedene strategije samozbrinjavanja medicinske sestre bi trebale usvojiti kroz školovanje, posebice na preddiplomskoj razini u sklopu sestrinskih dijagnoza kroz kolegije Proces zdravstvene njege, Zdravstvene njege starijih osoba i inih kako bi proširile znanja koja se odnose na prepoznavanje i mjerenje usamljenosti, povezanost usamljenosti s drugim poteškoćama i poremećajima, javnozdravstvene posljedice koje sa sobom nosi usamljenost kako bi mogle pružiti adekvatnu holističku skrb u radu sa starijim osobama.

Slika 1: Predisponirajući čimbenici iz provedenog istraživanja koji utječu na usamljenost



Legenda:  Prediktivni čimbenici za pojavu usamljenosti
 Čimbenici koji utječu na smanjenje/sprečavanje usamljenosti

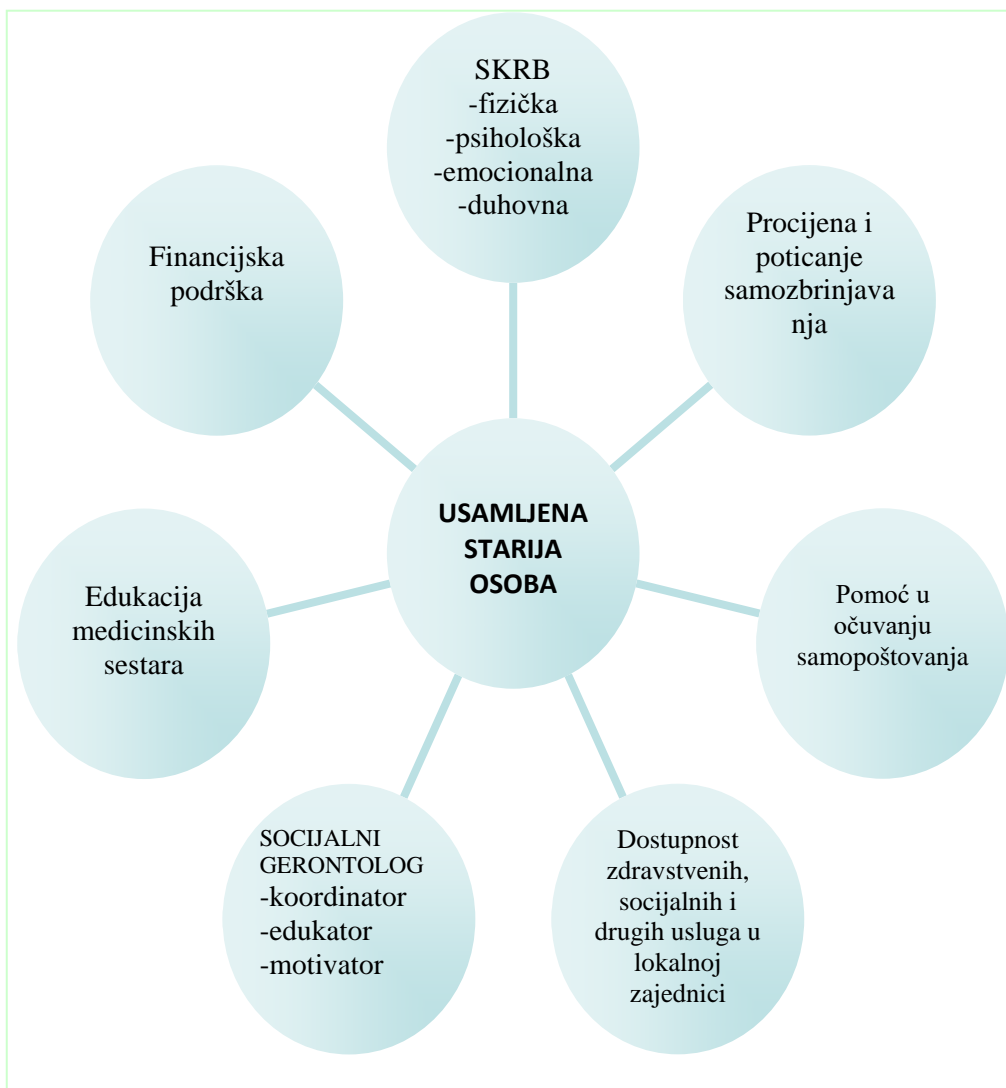
Izvor: Anketni upitnik 2017.

Slika 1 nam prikazuje čimbenike koji su u ovome istraživanju pokazali da utječu na pojavu usamljenosti kod ispitanika. Prediktori su prikazani skupno za obje skupine ispitanika (u institucijama i domovima). U zelenim kvadratima se nalaze čimbenici na temelju kojih smo prepoznali usamljenost kod ispitanika, a u ljubičastim kvadratima su strategije samozbrinjavanja koje utječu na smanjenje ili sprečavanje usamljenosti.

U nastavku ćemo prikazati model prevencije putem kojeg bi strategije samozbrinjavanja

implementirali u praksu medicinskih sestara (Slika 2).

Slika 2: Prijedlog modela prevencije usamljenosti



Izvor: Anketni upitnik 2017.

Na Slici 2 vidimo prijedlog modela prevencije usamljenosti koji bi pokušali implementirati u radu medicinskih sestara pod supervizijom i koordinacijom socijalnog gerontologa. Medicinske sestre koje rade prvenstveno u domovima za starije osobe i u patronažnoj službi bi trebale procijenivati i poticati samozbrinjavanje starijih osoba kao i očuvanje njihovog samopoštovanja. Primjer aktivnosti samozbrinjavanja nalaze se u sklopu Upitnika o samozbrinjavanju u Prilogu D. Također od velikog značaja je dostupnost zdravstvenih i socijalnih usluga u lokalnoj zajednici te financijska podrška starijih osoba kako s lokalne tako i s državne razine kako bi se sve navedene aktivnosti prevencije usamljenosti mogle i provesti.

8 ZAKLJUČAK

Usamljenost je značajan javnozdravstveni problem s kojim se susreću osobe starije životne dobi. S obzirom da je usamljenost složen konstrukt, potrebno je provoditi daljnja, kontinuirana istraživanja iz drugih perspektiva kako bi se mogli razviti modeli prevencije te time spriječiti njezine posljedice poput negativnih zdravstvenih ponašanja (konzumacija alkohola, pušenje, sklonost suicidalnom ponašanju i slično) s ciljem povećanja kvalitete života osoba starije životne dobi. U istraživanju socijalne i emocionalne usamljenosti koristili smo standardizirani upitnik koji emocionalnu usamljenost dijeli u dvije kategorije: usamljenost u ljubavi i usamljenost u obitelji.

Iz rezultata provedenog istraživanja možemo donijeti nekoliko značajnih zaključaka. Što se tiče usporedbe pojavnosti usamljenosti kod starijih koji žive u domovima i u svojim kućama, zanimljivo je kako su razlike jedino statistički značajne u usamljenosti u ljubavi i to u dobnoj skupini od 65. – 74. godine. Iz navedenog možemo zaključiti kako institucionalizacija ne dovodi nužno do većeg rizika socijalne usamljenosti. Međutim, rezultati za ovu dobnu skupinu bili su očekivani s obzirom da je to mlađa dobna skupina osoba koje iz radno aktivnog stanovništva postaju umirovljenici, a neka su dosadašnja istraživanja dokazala da se institucionalizirane osobe osjećaju rasterećeno od svakodnevnih briga i obveza (plaćanje računa, kuhanje...) te se imaju vremena posvetiti i razmišljati o drugim značajnim dimenzijama življenja, u ovom slučaju to je ljubav.

Kod usporedbe rezultata između grada i sela, nismo dobili statistički značajne razlike niti u jednoj subkategoriji usamljenosti. Nadalje, rezultati istraživanja pokazali su da se samoprocjena usamljenosti starijih osoba, s obzirom na sociodemografske karakteristike, značajno razlikuje. Također, rezultati istraživanja su pokazali da su ispitanici koji žive u kućama procijenili veću razinu samopoštovanja u odnosu na ispitanike u domu, pri čemu su najveću razinu pokazali ispitanici u dobi od 65. – 74. godine. Kod samozbrinjavanja, rezultati su pokazali kako veća sposobnost u fizičkoj skrbi utječe na smanjenje socijalne usamljenosti, a također smo utvrdili da su ispitanici koji žive u kućama procijenili veću sposobnost samozbrinjavanja u odnosu na ispitanike u domovima.

Međutim, kada smo analizirali podatke skupno za obje ispitanike (objedinivši ispitanike u kućama i domovima umirovljenika), linearna regresijska analiza je pokazala kako porast samozbrinjavanja smanjuje ukupnu usamljenost, pa možemo reći kako je samozbrinjavanje

kod naših ispitanika u objema skupinama (u domovima i u kućama) se pokazala kao značajan čimbenik u smanjenju usamljenosti. Kao što smo uvodno rekli, većina dosadašnjih istraživanja u RH prvenstveno su usmjerena na procjenu usamljenosti kod adolescenata, a s obzirom na negativne demografske trendove, smatrali smo nužnim istraživanje usamljenosti provesti na starijim osobama. Također, dosadašnja istraživanja nisu korelirala usamljenost, samopoštovanje i samozbrinjavanje, stoga smo na ovaj način doprinijeli znanosti u području socijalne gerontologije, ali i omogućili praktičnu primjenu ovog istraživanja u radu medicinskih sestara s obzirom na prediktivne čimbenike usamljenosti, ali i na učinkovite strategije samozbrinjavanja. Svakako, temeljem provedenog istraživanja, planiramo provesti istraživanje usamljenosti kod osoba starije životne dobi, ali iz perspektive medicinskih sestara kako bismo dobili jasniji uvid u čimbenike koji pridonose (ne)prepoznavanju usamljenosti.

9 LITERATURA

1. Aalbers, Teun, Maria A. E. Baars, Li Qin, Annet Lange, Roy P.C. Kessels i Marcel Rikkert. 2015. *Using an eHealth Intervention to Stimulate Health Behavior for the Prevention of Cognitive Decline in Dutch Adults: A Study Protocol for the Brain Aging Monitor*. JMIR Res Protoc. 4 (4): ISSN: 1929-0748. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704922/> (22. siječnja 2017.).
2. Aboderin, Isabella. 2004. *Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people*. *Ageing and Society*. Cambridge University Press. 29-50.
3. Achenbaum, Andrew. 2009. *A Metahistorical Perspective on Theories of Aging*. *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company. 25-38.
4. Adams, Kathryn Betts, Stephanie Sanders i E. A. Auth. 2004. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*, 8 (6): 475–485.
5. Afanas, Igor. 2010. *Signaling and Damaging Functions of Free Radicals in Aging – Free Radical Theory, Hormesis, and TOR*. 75-88. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295029/> (30. siječnja 2017.).
6. Ahmed, Tanvir i Nadim Haboubi. 2010. Assessment and management for nutrition in older people and its importance to health. *Clin. Interv. Aging* 5: 207–216. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920201/> (19. veljače 2017.).
7. Ailshire, Jennifer A. i Sarah A. Burgard. 2012. Family Relationships and Troubled Sleep among U. S. Adults: Examining the Influence of Contact Frequency and Relationship Quality. *Journal of Health and Social Behavior* 53 (2): 248–262. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674886/> (18. lipnja 2017.).
8. Ajduković, Marina, Silvija Ručević i Marija Majdenić. 2013. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. Izvorni znanstveni rad. *Revija za socijalnu politiku*. 20 (2): 149-165.
9. Al-Azzawi F. i Santiago Palacios. 2009. Hormonal changes during menopause. *Maturitas* 63 (2): 135-137.
10. Alley, Dawn E., Norella M. Putney, Melissa Rice i Vern L. Bengtson. 2010. *The*

- Increasing Use of Theory in Social Gerontology: 1990-2004.* 583-590. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920947/> (5. veljače 2017.).
11. Almeida, Osvaldo P., Leon Flicker, Stephen Fenner, Kate Smith, Zoe Hyde, David Atkinson i sur. 2014. *The Kimberley Assessment of Depression of Older Indigenous Australians: Prevalence of Depressive Disorders, Risk Factors and Validation of the KICA-dep Scale.* PLoS One.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989269/> (18. travnja 2017.).
 12. Al-Shaqi, Riyad, Monjur Mourshed i Yacine Rezgui. 2016. *Progress in ambient assisted systems for independent living by the elderly.* Springerplus 5: 624. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870543/> (4. svibnja 2017.).
 13. *American Psychological Association.* 2015.
Dostupno na: <https://www.apa.org/pi/aging/09-33-coping-with-stress-fin.pdf> (14. srpnja 2017.).
 14. Arai, Kyomi i Hisataka Sakakibara. 2015. *Malnutrition and social isolation among elderly residents of city public housing.* Article in Japanese. Nihon Kosshu Eisei Zasshi. 379-380. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26511609> (18. lipnja 2017.).
 15. Arslantaş, Hulya, Filiz Adana, Filiz Abacigil Ergin, Derya Kayar i Gulcin Acar. 2015. *Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey.* *Iran J. Public Health* 44 (1): 43–50.
Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450013/> (18. lipnja 2017.).
 16. Assil, Sami M. i Zeidan A. Zeidan. 2013. *Prevalence of depression and associated factors among Sudanese elderly: a household survey in Khartoum State.* *East Mediterr Health J* 19 (5): 435-440.
 17. Atzmon, Gil, Marielisa Rincon, Clyde B. Schechter, Alan R. Shuldiner, Richard Lipoton, Aviv Bergman i Nir Barzilai. 2006. *Lipoprotein Genotype and Conserved Pathway for Exceptional Longevity in Humans.*
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1413567/> (30. siječnja 2017.).
 18. Babić, Dragutin, Ivan Lajić i Sonja Podgorelec. 2004. *Otoci dviju generacija.* Zagreb: Institut za migracije i narodnosti.

19. Bai, Yue Ling, Chou-Ping Chiou i Yong-Yuan Chang. 2009. Selfcare behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *JClin Nurs*; 18: 3308-3315.
20. Bailey, Heather R., Jeffrey M. Zacks, David Z. Hambrick, Rose T. Zacks, Denise Head, Christopher A. Kurby i Jesse Q. Sargent. 2013. Medial temporal lobe volume predicts elders' everyday memory. *Psychological Science* 24 (7): 1113–1122. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3936320/> (20. veljače 2017).
21. Balsamo, Sandor, Jeffrey M. Willardson, Santos de Santana Frederico, Jonato Prestes, Denise Coscrato Balsamo, Chuna Nascimento da Dahan, Leopoldo Santos-Neto i Otavio T. Nobrega, 2013. Effectiveness of exercise on cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International journal of general medicine* 6: 387–391. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668090/> (22. veljače 2017.).
22. Bara, Mario. 2013. Povratne umirovljeničke migracije na hrvatskim otocima. *Migracijske i etničke teme* 29 (2): 201-224.
23. Bara, Mario i Sonja Podgorelec. 2015. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina* 38 (45): 58-71.
24. Barnes, Deborah, Rachel A. Whitmer i Kristine Yaffe. 2007. Physical activity and dementia: The need for prevention trials. *Exerc Sport Sci Rev* 35 (1): 24–29.
25. Batsis, John A., John A. Naslund, Lydia E. Gill, Rebecca K. Masutani, Nayan Agarwal i Stephen Bartels. 2016. *Use of a Wearable Activity Device in Rural Older Obese Adults*. *Gerontol. Geriatr. Med.*
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5120773/> (19. veljače 2017.).
26. Batty, Elaine i John Flint. 2010. *Self-esteem, comparative poverty and neighbourhoods*. Sheffield Hallam University: Centre for 28. regional economics and social research. Dostupno na: http://research.shu.ac.uk/cresr/living-through-change/documents/RP7_SelfEsteem.pdf (15. srpnja 2017.).
27. Beekman, Marian, Helene Blanche, Perola Markus, Anti Hervonen, Vladyslav Bezrukov, Ewa Sikora i sur. 2013. *Genome-wide linkage analysis for human longevity: genetics of healthy aging study*. *Aging Cell*. 12: 184-193. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725963/> (31. siječnja 2017.).
28. Bengtson, Vern L., Merrill Silverstein, Norella M. Putney i Daphna Gans. 2009. *Handbook of Theories and Aging*. 2. Edition. Springer Publishing Company. 1-723.
29. Berk, Laura. 2008. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap. 5-

647.

30. Bešlić, Vinka. 2017. Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. Pregledni rad. *Nova prisutnost* 15 (1): 89-100.
31. Beutel, Manfred, Eva M.Klein, Elmar Brahler, Iris Reiner, Claus Junger, Matthias Michal, Jorg Wiltink, Philipp S.Wild, Thomas Munzel, Karl J. Lackner i Ana N Tibubos. 2017. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry* 17: 97. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359916/> (7. travnja 2017.).
32. Bing-Jonsson, Pia Cecile, Dag Hofoss, Marit Kirkevold, Ida Torunn Bjork i Christina Foss. 2016. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs* 15: 5. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714519/> (15. svibnja 2017.).
33. Bognar, Branko i Sanja Simel. 2013. *Filozofska polazišta pozitivne pedagogije*. Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku. 137-168.
34. Bollig, Georg, Eva Gjengedal i Jan Henrik Rosland. 2016. Nothing to complain about? Residents and relatives views on a good life and ethical challenges in nursing homes. *Nurs Ethics* 23 (2): 142–153.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4786778/> (4. svibnja 2017.).
35. Bonkowski, Michael S., Juliana S. Rocha, Michal M. Masternak, Khalid A. Al Regaiey i Andrzej Bartke. 2006. *Targeted disruption of growth hormone receptor interferes with the beneficial actions of calorie restriction*. 7901-7905. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1458512/> (30. siječnja 2017.).
36. Boorsma, Marijke, Karlijin Joling, M. Dussel, Miel Ribbe, Dinnus H. W. Frijters, Harm W. J. van Marwijk, Giel Nijpels i Hein P. J. van Hout. 2012. The incidence of depression and its risk factors in Dutch nursing homes and residential care homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 20 (11): 932–42.
37. Borg, Christel, Ingalill Rahm Hallberg i Kerstin Blomquist. 2006. Lifesatisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 15: 607.
38. Borglin, Gunilla, Ulf Jakobsson, Anna-Karin Edberg i Ingalill Rahm Hallberg. 2006. Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health Soc. Care Community* 14: 136-146.

39. Boss, Gerry R. i Edwin J. Seegmiller. 1981. Age-Related Psychological Changes and Their Clinical Significance. *West J. Med* 135 (6): 434-444.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1273316/> (11. veljače 2017.).
40. Boyce, John M. i G. R. Shone. 2006. Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal* 82: 239-241.
41. Brajković, Lovorka. 2010. *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Disertacija. 1-102. Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/11699863.pdf> (28. siječnja 2017.).
42. Brownie, Sonya i Susan Nancarrow. 2013. *Effects of person-centred care on residents and staff in aged care facilities: a systematic review*. *Clin. Interv. Aging* 8: 1-10. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540911/> (9. svibnja 2017.).
43. Buchman, Aron, Patricia Boyle, Robert Wilson, D. A. Fleischman, Sue Leurgans i David Bennett. 2009. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Arch Intern Med*. 169 (12): 1139-1146.
44. Buchman, Aron, Patricia Boyle, Robert Wilson, James Brayn, Sue Leurgans, Steven Arnold i David Bennett. 2010. Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study. *BMC Geriatr*. 10 (1): 77.
45. Buffel, Tine, Chris Phillipson i Thomas Scharf. 2012. Aging in urban environments: Developing age-friendly cities. *Critical Social Policy* 32 (4): 598-617.
46. Bulterijs, Sven, Raphaella S.Hull, Victor C. E. Björkand, Avi G. RoyIt. 2015. *Is time to classify biological aging as a disease*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471741/> (31.siječnja 2017.).
47. Burgard, Sarah A. i Jennifer A. Ailshire. 2013. Gender and Time for Sleep among US Adults. *American Sociological Review* 78: 51–69. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164903/> (25. prosinca 2016.).
48. Burholt, Vanessa i Thomas Scharf. 2014. Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *Sci*. 69 (2): 311-324. Dostupno: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326076> (4. travnja 2016.).
49. Byam-Williams, Janet i Jeanne Salyer. 2010. Factors influencing the health-related lifestyle of community-dwelling older adults. *Home Healthc. Nurse* 28: 115–21. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20147806/> (20. srpnja 2017.).

50. Cacioppo, John Terence, Louise Hawkley i Elizabeth Crawford. 2002. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med.* 64 (3): 407-417.
51. Cacioppo, John Terence, Louise Hawkley, John M. Ernst i David Spiegel. 2006. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40: 1054-1085.
52. Cacioppo, John Terence, James Fowler i Nicholas Christakis. 2009. Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. Published in final edited form as: *J. Pers. Soc. Psychol.* 97 (6): 977–991. Dostupno: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792572/> (18. lipnja 2017.).
53. Cacioppo, John T., Louise C. Hawkley i Ronald Thisted. 2010. Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol. Aging* 25 (2): 453-463. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922929/> (14. travnja 2017.).
54. Cacioppo, John Terence i Stephanie Cacioppo. 2014. *Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation.* Soc. Personal Psychol. Compas. 58-72. dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021390/> (27. veljače 2017.).
55. Canham, Sarah L., Pia M. Mauro, Christopher N. Kaufmann i Andrew Sixsmith. 2016. Association of alcohol use and loneliness frequency among middle-aged and older adult drinkers. *J Aging Health* 28 (2): 267–284. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681688/#R49> (23. travnja 2017.).
56. Carvalho, Ashley, Irene Maeve Rea, Tanyalak Parimon i Barry J. Cusack. 2014. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clin. Interv. Aging* 9: 661–682. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990369/> (22. veljače 2017.).
57. Cattan, Mima, Nicky Kime i Anne-Marie Bagnall. 2011. The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people-an evaluation. *Health Soc. Care Community* 19 (2): 198-206.
58. Cerda, Magdalena, Vicki Johnson-Lawrence i Sandro Galea. 2011. Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. *Soc. Sci. Med.* 73 (8): 1178-1185. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185179/> (23. travnja 2017.).

59. Chan, Angelique, Prassana Raman, Stefan Ma i Raul Malhorta. 2015. Loneliness and all-cause mortality in community-dwelling elderly Singaporeans. *Demographic Research* 32 (49): 1361-1382. Dostupno na: <http://demographic-research.org/volumes/vol32/49/32-49.pdf> (24. travnja 2017.).
60. Chang, Po-Ju, Linda Wray i Yeqiang Lin. 2014. Social Relationships, Leisure Activity, and Health in Older Adults. *Health Psychol.* 33 (6): 516–523. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467537/> (14. srpnja 2017.).
61. Charles, Susan Turk, Mara Mather i Laura L. Carstensen. 2003. Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132: 310–324. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825643> (4. veljače 2017.).
62. Charlson, Fiona J., Andrew E. Moran, Greg Freedman, Rosana E. Norman, Nicolas J. C. Stapelberg, Amanda Baxter, Theo Vos i Harvey A. Whiteford. 2013. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. *BMC Med.* 11: 250. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222499/> (17. travnja 2017.).
63. Chen, Jen-Hao, Linda J. Waite i Diane S. Lauderdale. 2015. Marriage, Relationship Quality, and Sleep among U.S. Older Adults. *J. Health Soc. Behav.* 56 (3): 356–377.
64. Clark, Matthew D., Natalie J. Loxton i Stephanie J. Tobin. 2015. Multiple mediators of reward and punishment sensitivity on loneliness. *Pers. Individ. Differ.* 72, 101–106.
65. Clarke, Philippa J. i Els R. Nieuwenhuijsen. 2009. E. R. Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas* 64 (1): 14–19.
66. Clewett, David V., Tae-Ho Lee, Steven Greening, Allison Ponzio, Eshed Margalid, Mara Mather. 2016. Neuromelanin marks the spot: identifying a locus coeruleus biomarker of cognitive reserve in healthy aging. *Neurobiol Aging* 37: 117–126.
67. Clouston, Sean, Andrea Lawlor i Ashton Verdery. 2014. The Role of Partnership Status on Late-Life Physical Function. *Can. J. Aging* 33 (4): 413–425. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256949/> (29. travnja 2017.).
68. Cohen-Mansfield, Jiska i Aleksandra Parpura-Gill. 2007. Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *Int. Psychogeriatr.* 19 (2): 279–294. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17005067> (7. travnja 2017.).
69. Cornwell, Erin York i Linda J. Waite. 2009. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J. Health Soc. Behav.* 50 (1): 31–48. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756979/> (21. travnja

- 2017.).
70. Corsini, Veronica. 2010. *Highly educated men and women likely to live longer. Life expectancy by educational attainment*. Eurostat Statistics in focus: 1-4.
71. Cosan, Deniz. 2014. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 104-110.
72. Cotten, Schelia R., William A. Anderson i Brandi M. McCullough. 2013. Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *J. Med. Internet Res.* 15 (2): e39. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636305/> (19. travnja 2017.).
73. Cummings, Sherry, James Alan Neff i Baqar A. Husaini. 2003. Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support. *Health Soc. Work* 28 (1): 23-32.
74. Ćakić Kuhar, Sandra, Tihana Mikulčić, Milka Mates, Vesna Janko Finderele, Franc Dobrilović i Radmila Korlević. 2015. *Strategija zdravog starenja Grada Poreča-Parenzo 2015.-2020. godine*. 5-62.
75. Dahlberg, Lena i Kevin McKee. 2014. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Ment. Health* 18 (4): 505-514.
76. Dahlberg, Lena, Lars Andersson, Kevin J. McKee, i Claudia Lennartsson. 2015. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging and Mental Health* 409–417. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25126996> (7. travnja 2017.).
77. Dale, Bjorg, Ulrika Soderhamn i Olle Soderhamn. 2011. *Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway*.
78. Davidovic, Mladen, Goran Sevo, Petar Svorcan, Dragoslav P. Milosevic, Nebojsa Despotovic i Predrag Erceg. 2010. *Old age as a privilege of the "selfish ones"*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295027/> (29. siječnja 2017.).
79. de Frias, Cindy M. i Erum Whyne. 2015. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging Ment. Health*. 4, 19 (3): 201–206. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299552/> (14. srpnja 2017.).

80. De Lange, Titia. 2005. *Shelterin: the protein complex that shapes and safeguards human telomeres*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16166375> (31. siječnja 2017.).
81. De Silva, Amarasiri i W. M. J. Welgama. 2014. Modernization, Aging and Coresidence of Older Persons. The Sri Lankan Experience. *Journal of the Association for Anthropology and Gerontology*, 35 (1): 1-26.
82. Delgado, Melvin. 2016. *Baby Boomers of Color*. Implications for Social Work Policy and Practice. 3-267.
83. Department of Health. 2012. *Caring for our future: reforming care and support*. London: The Stationary Office: 1-67.
84. Despot Lučanin, Jasminka. 2010. Psihosocijalni prediktori promjena u kognitivnim funkcijama u starosti. Izvorni znanstveni članak. *Suvremena psihologija* 13 (2): 221-234.
85. Dijanić Plašć, Ivana i Maja Mamula. 2007. *Seksualnost u trećoj životnoj dobi. Identifikacija i uklanjanje postojećih predrasuda*. Zagreb: Ženska soba - centar za seksualna prava: 6-9.
86. Dobrotić, Ivana i Maja Laklija. 2010. *Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj*. Izvorni znanstveni rad. Zagreb: Pravni fakultet Zagreb: 39-58.
87. Doshi, Jalpa A., Liyi Cen i Daniel Polsky. 2008. Depression and Retirement in Late Middle – Aged U.S. Workers. *Health Serv. Res.* 43 (2): 693-713. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442377/> (14. travnja 2017.).
88. Drageset, Jorunn, Marit Kirkevold i Birgitte Espehaug. 2011. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. *Int. J. Nur. Stud.* 48: 611–619.
89. Drageset, Jorunn, Elin Dysvik, Birgitte Espehaug, Gerd Karin Natvig i Bodil Furnes. 2015. *Suffering and mental health among older people living in nursing homes-a mixed-methods study*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525699/> (19. travnja 2017.).
90. Dragioti, Elena, Lars-Åke Levin, Lars Bernfort, Britt Larsson i Björn Gerdle. 2017. Insomnia severity and its relationship with demographics, pain features, anxiety, and depression in older adults with and without pain: cross-sectional population-based results from the PainS 65+ cohort. *Ann Gen Psychiatry*, 16: 15. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324239/> (14. srpnja 2017.).

91. Družić Ljubotina, Olja i Damir Ljubotina. 2014. Odnos siromaštva i nekih aspekata psihološke dobrobiti. Izvorni znanstveni rad. *Socijalna psihijatrija*, 42: 86-101.
92. Due, Tina Drud, Håkon Sandholdt, Volkert Dirk Siersma i Frans Boch Waldorff. 2018. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract.* 19: 34. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828068/> (2. ožujka 2018.)
93. Duffy, Vincent G. 2015. *Digital Human Modeling. Applications in Helath, Safety, Ergonomics and Risk Management: Ergonomics and Health.* 6th International Conference, DHM. 3-524.
94. Duraković, Zijad. 2007. *Gerijatrija. Medicina starije dobi.* Zagreb.
95. Dykstra, Pearl A. 2009. Older adult loneliness: myts and realities. *Eur J. Ageing* 6 (2): 91-100. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693783/> (10. travnja 2017.).
96. Đorđević, Mina. 2013. *Psihosocijalni čimbenici umirovljenja. Razvojna psihologija.* Dostupno na: <http://www.istrazime.com/razvojna-psihologija/psihosocijalni-cimbenici-umirovljenja/> (5. veljače 2017.).
97. Edwards, Meghan K. i Paul D. Loprinzi. 2017. Sedentary behavior, physical activity and cardiorespiratory fitness on leukocyte telomere length. *Health Promot. Perspect* 7 (1): 22-27.
98. Ehlers, Diane K., Ana M. Daugherty, Agnieszka Z. Burzynska, Jason Fanning, Elizabeth A. Awick, Laura Chaddock-Heyman i sur. 2017. Regional Brain Volumes Moderate, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults. *Front Aging Neurosci*, 9: 110.
99. Ellwardt, Lea, Teo van Tilburg, Marja Aartsen, Rafael Wittek i Nardi Stevernik. 2015. *Personal Networks and Mortality Risk in Older Adults: A Twenty-Year Longitudinal Study.* PLoS One. 10 (3): e0116731. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348168/> (24. travnja 2017.).
100. Ezzat-Zadeh, Zahra, Jeong-Su Kim, P. Bryant Chase i Bahram H. Arjmandi. 2017. *The Cooccurrence of Obesity, Osteoporosis, and Sarcopenia in the Ovariectomized Rat: A Study for Modeling Osteosarcopenic Obesity in Rodents.* J. Aging Res. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471594/> (14. srpnja 2017.).
101. Farhat, Nada, Nathalie Thorin-Trescases, Guillaume Vogehl, Louis Villeneuve,

- Maya Mamarbachi, Louis P. Perrault i sur. 2008. Stress-induced senescence predominates in endothelial cells isolated from atherosclerotic chronic smokers. *Can J. Physiol Pharmacol.* 86 (11): 761–769. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701584/> (17. veljače 2017.).
102. Farrelly, Colin. 2012. *'Positive biology' as a new paradigm for the medical sciences Focusing on people who live long, happy, healthy lives might hold the key to improving human well-being*, 186-188. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323127/> (30. siječnja 2016.).
103. Fink, Bernhard, Carla Hufschmidt, Thomas Hirn, Susanne Will, Graham McKelvey i John Lankhof. 2016. *Age, Health and Attractiveness Perception of Virtual (Rendered) Human Hair*. *Front Psychol.* 7: 1893. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177627/#B29> (14. veljače 2017.).
104. Foo, Yong Zhi, Leigh W. Simmons i Gillian Rhodes. 2017. *Predictors of facial attractiveness and health in humans*. *Sci Rep.* 7: 39731. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290736/> (14. veljače 2017.).
105. Forlani, Claudia, Monica Morri, Barbara Ferrari, Edoardo Dalmonte, Marco Manchetti, Diana De Ronchi i Anna Rita Atti. 2014. Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study. *Am J. Geriatr. Psychiatry* 22 (4): 370-980.
106. Fowler, James i Nicolas Christakis. 2008. Estimating peer effects on health in social networks: a response to Cohen-Cole and Fletcher; and Trogdon, Nonnemaker, and Pais. *Journal of Health Economics* 27 (5): 1400–1405. Dostupno: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692263> (20. svibnja 2016.).
107. Franco, Oscar H., Komal Karnik, Gabrielle Osborne, Jose M. Ordovas, Michael Catt i Frans van der Ouderaa. 2009. Changing course in ageing research: The healthy ageing phenotype. *Maturitas* 63 (1): 13–19.
108. Frisher, Martin, Martina Mendonca, Nicola Shelton, Hynek Pikhart, Cesar de Oliveira i Clate Holdsworth. 2015. *Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing*. *BMC Public Health.* 15: 703. Dostupno na: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1993-x> (24. travnja 2017.).
109. Frisina, Robert D., Bo Ding, Xiaoxia Zhu i Joseph P Walton. 2016. Age-related hearing loss: prevention of threshold declines, cell loss and apoptosis in spiral ganglion

- neurons. *Aging* (Albany NY), 2081–2099. Dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5076453/> (12. veljače 2017.).
110. Fukunaga, Ryuya, Yasuyuki Abe, Yu Nakagawa, Asuka Koyama, Noboru Fujise i Manabu Ikeda. 2012. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics* 12 (3): 179–185.
111. Fulop, Tamas, Anis Larbi, Gilles Dupuis, Aurélie Le Page, Eric H. Frost, Alan A. Cohen, Jacek M. Witkowski i Claudio Franceschi. 2017. Immunosenescence and Inflamm-Aging As Two Sides of the Same Coin: Friends or Foes? *Front Immunol.* 8: 1960. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767595/> (10. ožujka 2018.).
112. Galea, Sandro, Jennifer Ahern, Sasha Rudenstine, Zachary Wallace, i David Vlahov. 2005. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J. Epidemiol Commun Health* 59: 822–827
113. Galić, Slavka i Nada Tomasović Mrčela. 2013. *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek. 1-131.
114. Gan, Pei, Yan Xie, Wenjie Duan, Qing Deng i Xiuli Yu. 2015. *Rumination and Loneliness Independently Predict Six-Month Later Depression Symptoms among Chinese Elderly in Nursing Homes*. PLoS One. 10 (9): e0137176.
 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559426/> (30. travnja 2017.).
115. Gautam, Ramraj, Tami Saito i Ichiro Kai. 2007. Leisure and religious activity participation and mental health: Gender analysis of older adults in Nepal. *BMC Public Health*, 7: 299.
 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2140059/> (14. srpnja 2017.).
116. Gautun, Heidi i Christopher Bratt. 2016. Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children. *European Journal of Ageing*. Dostupno na:
https://www.researchgate.net/publication/309588554_Caring_too_much_Lack_of_public_services_to_older_people_reduces_attendance_at_work_among_their_children#pdf (10. travnja 2017.).
117. Gavrančić, Dijana, Vedrana Iveta i Joško Sindik. 2016. *Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrijske prakse*. SG/NJ. 21: 148-152.

118. Gerstorff, Denis, Peter Eibich, Ilja Demuth, Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Gizem Hülür, Johanna Drewelies, Sandra Duezel, Paolo Ghisletta i Gert G. Wagner. 2015. Secular Changes in Late-Life Cognition and Well-Being: Towards a Long Bright Future With a Short Brisk Ending? *Psychology and Aging*. *American Psychological Association* 30 (2): 301–310. Dostupno na: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/pag-0000016.pdf> (25. siječnja 2017.).
119. Ghosh, Sangeeta, Raweewan Lertwattanak, Jose de Jesus Garduño, Joaquin Joya Galeana, Jinqi Li, Frank Zamarripa, Jack L. Lancaster, Sumathy Mohan, Sophie Hussey i Nicolas Musi. 2014. Elevated Muscle TLR4 Expression and Metabolic Endotoxemia in Human Aging. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 70 (2): 232–246. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311182/> (31. siječnja 2017.).
120. Giménez-Espert, María del Carmen i Vicente-Javier Prado-Gascó. 2017. The moderator effect of sex on attitude toward communication, emotional intelligence, and empathy in the nursing field. *Rev Lat Am Enfermagem*. 25: e2969. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738859/> (8. ožujka 2018.).
121. Gladyshev, Vladim N. 2012. On the cause of aging and control of lifespan Heterogeneity leads to inevitable damage accumulation causing aging; control of damage composition and rate of accumulation define lifespan. *Bioessays* 34 (11): 925-929. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804916/> (31. siječnja 2017.).
122. Gladyshev, Vladim N. 2013. *The Origin of Aging: Imperfectness-Driven Non-Random Damage Defines the Aging Process and Control of Lifespan*, 506-512. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804915/> (31. siječnja 2017.).
123. Goffman, Erving. 2000. *Kako se predstavljamo u svakodnevnom životu*. Beograd: Geopoetika.
124. Granados Gamez, Genoveva. 2009. The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nurs. Sci. Q.* 22: 126-7.
125. Grau-Sanchez, Jennifer, Meabh Foley, Renata Hlavová, Ilkka Muukkonen, Olatz Ojinaga-Alfageme, Andrijana Radukic, Melanie Spindler i Bodil Hundevad. 2017. Exploring Musical Activities and Their Relationship to Emotional Well-Being in Elderly People across Europe: A Study Protocol. *Front Psychol.* 8: 330. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357629/> (14. srpnja 2017.).

126. Grgić, Nikolina, Ana Babić Čikeš i Silvija Ručević. 2014. *Emocionalna inteligencija, agresivno i prosocijalno ponašanje učenika rane adolescencijske dobi*. Izvorni znanstveni rad. 43-60.
127. Gruenewald, Tara L., Arun S. Karlamangla, Gail A. Greendale, Burton H. Singer i Teresa E. Seeman. 2009. Increased Mortality Risk in Older Adults with Persistently Low or Declining Feelings of Usefulness to Others. *J. Aging Health* 21 (2): 398–425. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2747376/> (28. travnja 2017.).
128. Gu, Danan, Bethany L. Brown i Li Qiu. 2016. Self-perceived uselessness is associated with lower likelihood of successful aging among older adults in China. *BMC Geriatr.* 16: 172.
129. Hajek, Andre, Christian Brettschnneider, Carolin Lange, Tina Posselt, Birgitt Weise, Susanne Steinmann i sur. 2015. *Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age*. PLoS One. 10 (12): e0144203. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685990/> (2. svibnja 2017.).
130. Hank, Karsten. 2007. Proximity and contacts between older parents and their children: a European Comparison. *J. Marriage Fam* 69: 157–173.
131. Hank, Karsten i Isabella Buber. 2009. Grandparents Caring for Their Grandchildren. Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal for Family Issues*, 30 (1): 53-73. Dostupno na: http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_publications/G-L/hank.buber.pdf (10. travnja 2017.).
132. Hansen-Kyle L. 2005. A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40 (2): 45–47.
133. Harrington Meyer, Madonna i Elizabeth A. Daniele. 2016. Gerontolog Changes, Challenges and Solutions. *ABC-CLIO*, (2): 25-632.
134. Havelka, Mladen, Jasminka Despot Lučanin i Damir Lučanin. 2000. *Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici*. Izvorni znanstveni članak. 19-27.
135. Hawkey, Louise C., Michael Browne i John Terence Cacioppo. 2005. How can i connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16 (10): 798–804.
136. Hawkey, Louise, Kristopher J. Preacher i John Terence Cacioppo. 2007. *Multilevel Modeling of Social Interactions and Mood in Lonely and Socially Connected*

- Individuals*. The McArthur Social Neuroscience Studies. Oxford University Press, 559-575.
137. Hawkey, Louise C., Mary Elizabeth Hughes, Linda Waite, Christopher Masi, Ronald Thisted i John Terence Cacioppo. 2009. Thisted RA, Cacioppo JT. From social structure factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63 B: 375–384.
138. Hawkey, Louise C. i John Terence Cacioppo. 2010. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann. Behav Med.* 40 (2). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874845/#R1> (26. veljače 2017.).
139. Hawkey, Louise C., Ronald Thisted, Christopher Masi i John Terence Cacioppo. 2010. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging* 25 (1): 132-141.
140. Hawkey, Louise C. i John P. Capitanio. 2015. *Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach*. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 26, 370. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410380/> (18. travnja 2017.).
141. Hawton, Annie, Colin Green, Andy P. Dickens, Suzanne H. Richards, Rod S. Taylor, Rachel Edwards, Colin J. Greaves, John L. Campbell. 2010. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research* 20 (1): 57–67.
142. Hayflick, Leonard. 2007. *Entropy Explains Aging, Genetic Determinism Explains Longevity, and Undefined Terminology Explains Misunderstanding Both*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2134939/> (31. siječnja 2017.).
143. Health Quality Ontario. 2008. *Social Isolation in Community-Dwelling Seniors. An Evidence-Based Analysis*. Ont. Health Technol. Assess Ser. 8 (5): 1-49. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377559/> (7. travnja 2017.).
144. Hearn, Simon, Gary Saulnier, Janet Strayer, Margarete Glenham, Ray Koopman i James Marcia. 2012. *Between Integrity and Despair: Toward Construct Validation of Erikson's Eighth Stage* 19 (1): 1-20.
145. Heckhausen, Jutta, Carsten Wrosch i Richard Schulz. 2013. *A Lines of-Defens Model for Managing Health Threats*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839100/#R4> (2. veljače 2017.).

146. Heidari Mohammad, Sara Shahbazi, Mansour Ghafourifard i Rahim Ali Sheikhi corresponding. 2017. Prediction of Marital Satisfaction Based on Emotional Intelligence in Postmenopausal Women. *J Menopausal Med.* 23(3). 196–201. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770530/> (8. ožujka 2018.).
147. Heikkinen, Ritta Lisa i Marku Kauppinen. 2004. *Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up.* Archives of gerontology and geriatrics, 38 (3): 239–250.
148. Heinrich, Liesl, Eleonora Gullone. 2006. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26 (6): 695-718.
149. Heisel, Marnin J., Yeates Conwell, Anthony R. Pisani i Paul R. Duberstein. 2011. Concordance of Self- and Proxy-reported Suicide Ideation in Depressed Adults 50 Years of Age or Older. *Can. J. Psychiatry* 56 (4): 219–226. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138540/> (21. travnja 2017.).
150. Hekimi, Siegfried. 2006. *How genetic analysis tests theories of animal aging.* Nat. Genet. 38: 985–991. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16941009> (18. lipnja 2017.).
151. Hendrich, Ann, Marilyn P. Chow, Boguslaw A. Skierczynski i Zhengiang Lu. 2008. *A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?* Perm. 12 (3): 25–34.
152. Henry, Brian, Beth Gabris, Qiao Li , Brian Martin, Marianna Giannini, Ashish Parikh, Divyang Patel, Jamie Haney, David Schwartzman, Sanjeev G. Shroff i Guy Salama. 2016. Relaxin suppresses atrial fibrillation in aged rats by reversing fibrosis and upregulating Na⁺ channels. *Heart Rhythm*.13(4):983–91. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801709/> (10. ožujka 2018.).
153. Heydari, Abbas , Hossein Kareshki i Mohammad Reza Armat. 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *J Caring Sci.* 5(2): 121–132. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4923836/> (9. ožujka 2018.).
154. Hickson, Mary. 2006. Malnutrition and Aging. *Postgrad. Med. J.* 82 (963): 2–8. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563720/> (19. veljače 2017.).
155. Holliday, Robin. 2006. *Aging is no longer an unsolved problem in biology.* 1-9. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16803964> (31. siječnja 2017.).

156. Holt-Lunstad, Julianne, Bert Uchino, Timothy W. Smith i Anne Hicks. 2007. On the importance of relationship quality: The impact of ambivalence in friendships on cardiovascular functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 33: 278–290. Dostupno: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600455> (15. travnja 2016.).
157. Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith i Bradley Layton. 2010. *Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review*. PLoS Med, 7: 2-20.
158. Hooyman, Nancy R. i Asuman S. Kiyak. 2008. *Social Gerontology. A multidisciplinary perspective*. Eighth Edition. Boston, MA: Pearson. 3-748.
159. Hoy, Bente, Lis Wagner i Elisabeth Hall. 2007. Selfcare as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci*, 21: 456-66. Implications for Theory. *Health Education and Behavior*, 28 (6): 716-732
160. Hrapkova, Nadežda. 2010. Studies as a prevention of social isolation of elderly people. *Andragoški glasnik*, 14 (1): 33-42.
161. Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje. 2017. *Prilog glasilu sindikata umirovljenika Hrvatske*. Dostupno na: <http://www.mirovinsko.hr/UserDocsImages/publikacije/infoHZMO/2017/info>. (20. lipnja 2017.).
162. Hsu, H. C. i B. L. Jones. 2012. Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *The Gerontologist*, 52 (6): 843-856.
163. Huang, Heging, Yanchun Liu i Xiaocen Liu. 2016. *Does Loneliness Necessarily Lead to a Decrease in Prosocial Behavior? The Roles of Gender and Situation*. Front Psychol. 7: 1388. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025448/> (5. travnja 2017.).
164. Hudorović, Narcis. 2014. *Posebnosti programa za studij Sestrinstvo Sveučilišta u Dubrovniku u funkciji razvojnih potreba Dubrovačko-Neretvanske županije*. Pregledni rad. 83-105.
165. Hudson, Robert B. 2010. *Contemporary challenges to aging policy. The New politics of old Age*. Policy, 3-20.
166. Hughes, Mary, Linda Waite, Christopher Hawkey i John Terence Cacioppo. 2004. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res. Aging*. 26 (6): 655-672.
167. Humboldt, Sofia. 2016. *Conceptual and Methodological Issues on the Adjustment to Aging. Perspectives on Aging Well*, 1-236.

168. Ibrahim, Esat. 2014. *Effects of loneliness on mental health of elderly people: The role of the nurse*. Diplomski rad. Fornamn Efternamn, 1-48.
169. Iezzoni, Lisa I., Mary B. Killeen i Bonny L. O'Day. 2006. Rural residents with disabilities confront substantial barriers to obtaining primary care (Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.). *Health Service Research*, Vol.41(4 Pt. 1): 1258-1275. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797079/> (19. veljače 2017.).
170. Ilić, Egli. 2008. Emocionalna inteligencija i uspješno vođenje. *Ekonomski Pregled*, 59 (9-10). 576-592.
171. Iliffe, Steve, Danielle Harari, Cameron Swift, Gerhard Gillmann i Andreas Stuck. 2007. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *Br. J. Gen. Pract* 57 (537): 277–282. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043334> (19. travnja 2017.).
172. Inder, Kerry J., Tonelle E. Handley, Amy Johnston, Natasha Weaver, Clare Coleman, Terry J. Lewin, Tim Slade i Brian J. Kelly. 2014. Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*, 14: 208.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4227072/> (21. travnja 2017.).
173. Isaacowitz, Derek, Heather Wadlinger, Goren Deborah i Hugh, Wilson. 2006. *Is there an age-related positivity effect in visual attention? A comparison of two methodologies*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16938091/> (4. veljače 2017.).
174. Jaremka, Lisa, Christopher P. Fagundes, Ronald Glaser, Jeanette Bennett, William B. Malarkey i Janice K. Kiecolt-Glaser. 2013. Loneliness Predicts Pain, Depression, and Fatigue: Understanding the Role of Immune Dysregulation. *Psychoneuroendocrinology* 38 (8): 1310–1317. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633610/> (18. travnja 2017.).
175. Javadi-Pashaki, Nazila, Farahnaz Mohammadi, Fateme Jafaraghaee i Neda Mehrdad. 2015. *Keeping up with the caravan of life: Successful aging strategies for Iranian women*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660997/> (25. siječnja 2017.).
176. Jelić, Margareta. 2011. *Nove spoznaje u istraživanjima samopoštovanja: Konstrukt sigurnosti samopoštovanja*. Pregledni rad, 443-463.

177. Jeste, Dilip V., Gauri N. Savla, Wesley K. Thompson, Ipsit V. Vahia, Danielle K. Glorioso, Sirkin A'verria Martin, Barton W. Palmer, David Rock, Shahrokh Golshan, Helena Kraemer i Colin A. Depp. 2013. Older Age is Associated with More Successful Aging: Role of Resilience and Depression. *Am. J. Psychiatry* 170 (2): 188–196. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593664/> (28. travnja 2017.).
178. Jiang, Hong, Eric Schiffer, Zhangfa Song, Jianwei Wang, Petra Zürgbig, Kathrin Thedieck i sur. 2008. Proteins induced by telomere dysfunction and DNA damage represent biomarkers of human aging and disease. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 12, 105 (32): 11299-11304. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2516278/> (31. siječnja 2017.).
179. Jin, Kunlin. 2010. Modern Biological Theories of Aging. *Aging Dis.* 1 (2): 72-74. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995895/> (29. siječnja 2017.).
180. Jones, Warren H. i Lauriann Hebb. 2003. The experience of loneliness: Objective and subjective factors. *The International Scope review*, 5: 41-59.
181. Jung, Ha Bum, Hyung Lee Kim i Sung Tae Cho. 2015. A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. *Korean J. Urol.* 56 (4): 266–275. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392025/#B13> (20. veljače 2017.).
182. Jylha, Marja. 2004. Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analysis in the Tempere Longitudinal Study on Aging, *Canadian Journal on Aging*, 23 (2): 157-168.
183. Kalauz, Sonja. 2011. *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma*. Zagreb: Pergamena.
184. Karraker, Amelia i Kenzie Latham. 2015. In Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life. *J. Health Soc. Behav.* 56 (3): 420–435.
185. Keall, Robyn, Josephine Clayton i Phyllis Butow. 2015. *Therapeutic life review in palliative care: a systematic review of quantitative evaluations*. *J. Pain Symptom Manage*, 49 (4): 747-761.
186. Kennedy, Gary J. 2000. *Geriatric Mental Health Care. A Treatment Guide for Health Professionals*. The Guilford Press. 1-318.
187. Kim, Gibbeum, Wondo Na, Gungu Kim, Wooajae Han i Jinsook Kim. 2016. *The development and standardization of Self-assessment for Hearing Screening of the*

- Elderly*. Clin. Interv. Aging, 11: 787-795.
188. Kim, Myoung-Kwon, Tae Hoon Kim i Seong-Gil Kim. 2015. Correlation between the Mini Mental State Examination-Korean version and the Measurement of Quality of the Environment in the institutionalized elderly. *J. Phys. Ther. Sci.* 27 (11): 3583–3584. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681949/> (30. travnja 2017.).
189. Kinsella, Kevin i Wan He. 2009. *An Aging World: 2008*. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1-190. Dostupno na: <https://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf> (22. siječnja 2017.).
190. Kirkwood, Thomas i Simon Melov. 2011. *On the programmed/non-programmed nature of ageing within the life history*. *Curr. Biol.* (18): R701–707. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21959160> (31. siječnja 2017.).
191. Klainin, Piyanne i Liwan Ouannapiruk. 2010. *A metaanalysis of self-care behaviour research on elders in Thailand: an update*. *Nurs Sci. Quart.* 23: 156–163.
192. Klišmanić-Mrak, Kirka. 2014. *Odnos samosuosjećanja i samopoštovanja s emocionalnom regulacijom i kontrolom*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet Zagreb, 1-42.
193. Kobentar, Radojka. 2008. *Socialni odnosi v starosti*. *Socialna pedagogika*, 12 (2): 145-160.
194. Komadina, Ante. 2016. Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. *Crkva u svijetu*, 51:4. 615-638.
195. Koružnjak, Boris. 2003. *Stanovanje za starije-interdisciplinarni pristup u formiranju općeg modela stanovanja za starije osobe*. Izvorni znanstveni članak. 1 (25): 1-10.
196. Kovačić, Luka. 2013. Sestrinska dijagnoza. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9 (34): 103-104.
197. Kozjak, Grozdana. 2005. *Korelati usamljenosti kod srednjoškolaca*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/141/1/GrozdanaKozjak.pdf> (25. ožujka 2017.).
198. Kralj, Mojca. 2013. *Starostnik in osamljenost*. Specialistično delo. Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede. 1-50.
199. Kruggel, Frithjof. 2006. MRI-based volumetry of head compartments: Normative

- values of healthy adults. *NeuroImage* 30: 1–11.
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16289929> (22. veljače 2017.).
200. Kuk, Nienke O., Mirre den Ouden, Rixit G. A. Zijlstra, Jan P. H. Hamers, Gertrudis Kempen, I. J. M. i Gerrie J. J. W. Bours. 2017. Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents? A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. *BMC Geriatr.* 17: 18. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237509/> (9. svibnja 2017.).
201. Kumar, Shashank i Abhay K. Pandey. 2013. Chemistry and biological activities of flavonoids: an overview. *ScientificWorldJournal.*
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891543/> (22. veljače 2017.).
202. Kunac, Ana. 2014. *Depresija u starijoj životnoj dobi-uloga medicinske sestre.* Završni rad. 1-41. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ozs%3A89/datastream/PDF/view> (28. siječnja 2017.).
203. Kurina, Lianne M., Kristen L. Knutson, Louise C. Hawkey, John T. Cacioppo, Diane S. Lauderdale i Carole Ober. 2011. *Loneliness Is Associated with Sleep Fragmentation in a Communal Society.* *Sleep.* 34 (11): 1519-1526. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198207/> (18. travnja 2017.).
204. La Grow, S., S. Neville, F. Alpass i V. Rodgers. 2012. Loneliness and self-reported health among older persons in New Zealand. *Australas J. Ageing* 31 (2): 121-123.
205. Lacković-Grgin, Katica. 2008. *Usamljenost.* Jastrebarsko: Naklada Slap. 7-191.
206. Lacković-Grgin, Katica, Marina Nekić i Zvezdan Penezić. 2009. Usamljenost žena odrasle dobi: uloga percipirane kvalitete bračnog odnosa i samostišavanja. *Suvremena psihologija* 12. Izvorni znanstveni članak. 7-22.
207. Lacković-Grgin, Katica. 2014. Novo u psihologijskim razvojnim teorijama: modificiranje ranijih, te formuliranje i provjera novih teorija i koncepata. Pregledni članak. *Suvremena psihologija* 17 (2): 199-228. Dostupno na: https://www.google.hr/search?q=Razvojni+zadaci+Havighursta&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=T9GLWJyWM4SO8Qfy2qTAAw (28. siječnja 2017.).
208. Ladwig, Gail B. i Betty J. Ackley. 2006. *Guide to Nursing Diagnoses.* Mosby Elsevier. 4-938.

209. Lahe, Danijela. 2016. *Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi*. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru. 1-128.
210. Lancaster, Lynne C. i David Stillman. 2003. *When Generations Collide. Who They Are. Why They Clash. How to Solve the Generational Puzzle at Work*. 1-384.
211. Latorre, Jose, Juan P. Serrano, Jorge Ricarte, Beatriz Bonete, Laura Ros i Esther Sitges. 2015. Life review based on remembering specific positive events in active aging. *J. Aging Health* 27 (1): 140–157. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314541699> (24. siječnja 2017.).
212. Lau, Sing i Gerald E. Gruen. 1992. *The social stigma of loneliness: Effect of target persons and percivers sex*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18: 182-189.
213. Lauder, William, Sonya Sharkey i Kerry Mummery. 2004. A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (1): 88–94
214. Lee, I-Min, Erick J. Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N. Blair i Peter T. Katzmarzyk. 2012. *Lancet Physical Activity Series, Working Group Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. *Lancet*. 21; 380 (9838): 219–229.
215. Lenze, Eric J., R. Schulz, Lynn M. Martire, B. Zdaniuk, T. Glass, W. J. Kop, S. A. Jackson i Charles F. Reynolds. 2005. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 53 (4): 569-575.
216. Lepan, Željka i Zdravka Leutar. 2012. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Soc. ekol. Zagreb*, Vol. 21 (2012.), No. 2. 203-223.
217. Lesjak, Ružica i Sindik, Joško. 2013. Emocionalna inteligencija medicinskih sestara. *Sestrinski Glasnik*, 18. 174-181.
218. Li, Yunging i Keneth F. Ferraro. 2006. Volunteering in Middle and Later Life: Is Health a Benefit, Barrier or Both? *Social Forces*, 85: 497–519.
219. Little, Anthony C., Benedikt C. Jones i Lisa M. DeBruine. 2011. Facial attractiveness: evolutionary based research. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 366: 1638–1659.
220. Liu, Li-Juan i Qiang Guo. 2007. *Loneliness and health-related quality of life for the empty nest older people in the rural area of a mountainous county in China*. *Qual Life Res*, 16: 1280–1286.
221. Loh, Ky i John D. Ogle. 2004. Age related visual impairment in the elderly. *Med. J.*

- Malasya* 59 (4): 562-568.
222. Loue, Sana J. D. i Martha M. D. Sajatovic. 2008. *The Cognitive Theory of Aging*. Encyclopedia of Aging and Public Health, 1-830.
223. Lovreković, Marija i Zdravka Leutar. 2010. *Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu*. Izvorni znanstveni članak. Soc. ekol. Zagreb, 19 (1): 55-79. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/610975.Lovrekovic_Leutar.pdf (30. travnja 2017.).
224. Luo, Ye, Louise Hawkle, Linda Waite i John Terence Cacioppo. 2012. *Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study*. 74 (6): 907-914. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303190/> (12. studenog 2016.).
225. Lustgarten, Michael S. 2016. *Classifying Aging As a Disease: The Role of Microbes*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5130976/> (31. siječnja 2017.).
226. Macangnin Seimetz, Bruna, Adriane Texiera Ribeiro, Leticia Petersen Schmidt Rosito, Leticia Sousa Flores, Carlos Henrique Pappen i Celso Dall'Igna. 2016. Pitch and Loudness Tinnitus in Individuals with Presbycusis. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 20 (4): 321–326.
227. Macedo Nagel, Maria, Alberta Contarello, João Wachelke. 2011. Social representations and stakes across borders: studying ageing in times of change.
228. Università degli Studi di Padova, Itália. *Temas em Psicologia*. Vol. 19, no 1, 59 – 73. Dostupno na: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a06.pdf> (4. ožujka 2018.)
229. Macready, Anna L., Orla B. Kennedy, Judi A. Ellis, Claire M. Williams, Jeremy P. Spencer i Laurie T. Butler. 2009. *Flavonoids and cognitive function: a review of human randomized controlled trial studies and recommendations for future studies*. *Genes. Nutr.* 4: 227–242. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775887/> (22. veljače 2017.).
230. Magalhães, João Pedro. 2012. *Programmatic features of aging originating in development: aging mechanisms beyond molecular damage?* 4821-4826. dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3509060/> (31. siječnja 2017.).
231. Maher, Carol, Nicola W. Burton, Jannique G. Z. van Uffelen, Wendy J., Brown, Judy A., Sprod i Tim A., Olds. 2013. Changes in use of time, activity patterns, and health and wellbeing across retirement: design and methods of the life after work study.

- BMC Public Health*, 13: 952.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852236/> (25. travnja 2017.).
232. Manasatchakun, Pornpun, Pleumjit, Chotiga, Åsa Roxberg, Margareta Asp. 2016. Healthy ageing in Isan-Thai culture – A phenomenographic study based on older persons' lived experiences. *Int. J Qual. Stud. Health Well-being*, 11. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785220/> (25. siječnja 2017.).
233. Marčinko, Darko. 2011. *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb.
234. Martin, Brian, Beth Ann Gabris-Weber, Rajiv Reddy, Guillermo Romero, Ansuman Chattopadhyay, and Guy Salama. 2018. Relaxin reverses inflammatory and immune signals in aged hearts. *PLoS One*. 13(1): e0190935. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5773192/> (10. ožujka 2018.).
235. Marqelisch, Katja, Klaus A. Schneewind, Jeremie Violette i Pasqualina Perri-Chiello. 2015. Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging Ment. Health*: 1-10.
236. Masi, Christopher, H. Y. Chen, Louise C. Hawkey i John Terence Cacioppo. 2011. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15: 219–266.
237. Mather, Mara i Laura L. Carstensen. 2003. *Aging and Attentional Biases for Emotional Faces*. 409-415.
Dostupno na: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/1467-9280.01455> (4. veljače 2017.).
238. *Matica umirovljenika Hrvatske*, priopćenje s konferencije za novinare 22. svibnja 2013. godine. Dostupno na: <http://www.muh.hr/aktualnosti/77-aktualnosti/125-priopcenje-s-konferencije-za-novinare-matice-umirovljenika-hrvatske-22-svibnja-2013> (12. kolovoza 2015.).
239. Matz-Costa, Christina, Elyssa Besen, Jacqueline Boone James i Marcie Catsouphe-Pitt. 2012. Differential Impact of Multiple Levels of Productive Activity Engagement on Psychological Well-Being in Middle and Later Life. *Gerontologist*, 54 (2): 277-289. Dostupno na: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gns148> (5. veljače 2017.).
240. McLaughlin, Sara J., Allan M. Jette i Cathleen M. Connell. 2012. An Examination of Healthy Aging Across a Conceptual Continuum: Prevalence Estimates, Demographic Patterns, and Validity. *J. Gerontol A Biol. Sci. Med.* 67 (7): 783-789.

- Dostupno na: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/67/7/7> (5. veljače 2017.).
241. McMullin, Julie Ann i John Cairney. 2004. Self-esteem and the intersection of age, class and gender. *Journal of Aging Studies* 18: 75-90.
242. Mei, Kimberly L., John A. Batsis, Jeannine B. Mills i Stefan D. Holubar. 2016. *Sarcopenia and sarcopenic obesity: do they predict inferior oncologic outcomes after gastrointestinal cancer surgery?* *Perioper Med (Lond)*. 5: 30. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080704/> (19. veljače 2017.).
243. Mein, Gill, Pekka Martikainen, Harry Hemingway, Stephen A. Stansfeld i Michael G. Marmot. 2003. *Is retirement good or bad for mental and physical health functioning?* Whitehall II longitudinal study of civil servants, 57 (1): 46-49. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732267/> (18. lipnja 2017.).
244. Meng, Jiao, Zhenyu Lv, Xinhua Qiao, Xiaopeng Li, Yazi Li, Yuying Zhang i Chang Chen. 2017. *The decay of Redox-stress Response Capacity is a substantive characteristic of aging: Revising the redox theory of aging*. 365-374. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219648/> (4. veljače 2017.).
245. Mesec, Blaž. 2000. *Teorija Roberta Atchleya o kontinuiteti v starosti*. Fakulteta za socialno delo. Slovenija. 355-364.
246. Mihaljević, Sanea. 2014. *Utjecaj duhovnosti na suicidalnost i brzinu oporavka oboljelih od depresije*. Disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
247. Mimica, Ninoslav i Marija Kušan Jukić. 2013. Depresija u osoba starije životne dobi: Specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. Pregledni članak. *Medix*, 106: 213-218. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/733920.Mimica_v3.pdf (23. travnja 2017.).
248. Minami, Ushio, Mariko Nishi, Taro Fukaya, Masami Hasebe, Kumiko Nonaka, Takashi Koike i sur. 2015. *Effects of the Change in Working Status on the Health of Older People in Japan*. *PLoS One*. 10 (12): e0144069. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669179/> (5. veljače 2017.).
249. Miyawaki, Christina E. 2015. Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. *Ageing Soc*. 35 (10): 2201–2228. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610249/> (21. travnja 2017.).
250. Moor, Nina i Aafke Komter. 2012. The impact of family structure and disruption on intergenerational emotional exchange in Eastern Europe. *Eur. J. Ageing*, 9 (2): 155–

167. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372783/> (19. lipnja 2017.).
251. Moor, Nina, Paul M. de Graaf i Aafke Komter. 2013. Family, welfare state generosity and the vulnerability of older adults: A cross-national study. *J. Aging Stud.* 27 (4): 347–357.
252. Moos, Rudolf H., Penny L. Brennan, Kathleen K. Schutte i Bernice S. Moos. 2006. Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 62 (1): 39–59. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948895/> (14. srpnja 2017.).
253. Morelli, Mariangela, Melania Gagini, Giuseppe Daniele, Paolo Marraccini, Rosa Sicari i Amalia Gestadelli. 2013. Ectopic fat: the true culprit linking obesity and cardiovascular disease? *Thrombosis and Haemostasis*, 110 (4): 651–660.
254. Mortazavi, Hamed, Hamid Peyrovi i Soodabeh Joolaei. 2015. How Do Family Caregivers of Older People Give Up Caregiving? *Int. J. Community Based Nurs Midwifery*, 3 (3): 187–197.
255. Mu, Yangling i Fred H. Gage. 2011. *Adult hippocampal neurogenesis and its role in Alzheimer's disease.* *Mol. Neurodegener.* 6: 85. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3261815/> (22. veljače 2017.).
256. Mukhanova, Iryna i Vira Romanova. 2013. Positive Experiencing of Loneliness as a factor of Personality Socialization in the Society. *Social Welfare Interdisciplinary Approach*, 3 (1): 19-30.
257. Mushtaq, Raheel, Sheikh Shoib, Tabindah Shah i Sahil Mushtaq. 2014. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research*, 8 (9): WE01.
258. *Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. – 2016.* 2-29.
259. Nelson, Christian, Colleen M. Jacobson, Mark I. Weinberger, Vidhya Bhaskaran, B.S., Barry Rosenfeld, William Breitbart, M.D. i Andrew Roth, M.D. 2009. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med.* 38(2). 105–114. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877207/> (6. ožujka 2018.).

260. Ng, Chung Wai Mark, Woan Shin Tan, P. P. Gunapal, Wong Lai Yin i Heng Bee Hoon. 2014. Association of Socioeconomic Status (SES) and Social Support with Depressive Symptoms among the Elderly in Singapore. *Ann Acad Med Singap.* 43 (12): 576–587.
261. Nigam, Yamni i J. Knight. 2008. The anatomy and physiology of aging 3-The digestive system. *Nursin Times*, 104 (33): 22-23.
Dostupno na: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/gastroenterology/the-anatomy-and-physiology-of-ageing-3-the-digestive-system/1799202.article> (18. veljače 2017.).
262. Nikmat, Azlina Wati, Nurul Azreen Hashim, Siti Aminah Omar i Salmi Razali. 2015. Depression and Loneliness/Social Isolation among patients with cognitive impairment in Nursing Home. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16 (2). Dostupno na: <https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/index.php/aseanjournalofpsychiatry/article/viewFile/342/227> (17. travnja 2017.).
263. Nunes Tamanini, Jose Tadeu, Maria Lucia Lebrão, Yeda A. O. Duarte, Jair L. F. Santos i Ruy Laurenti. 2009. Análise da prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). *Cad. Saúde Pública*, 25 (8). Rio de Janeiro.
264. Oblačić, Ivana, Tena Velki i Lara Cakić. 2015. *Odnos samopoštovanja i socijalnog statusa kod učenika nižih razreda osnovne škole*. Stručni članak. *Školski vjesnik*. 64, 1: 153-172.
265. Olanrewaju, Olawale, Sarah Kelly, Andy Cowan, Carol Brayne i Louise Lafortune. 2016. *Physical Activity in Community Dwelling Older People: A Systematic Review of Reviews of Interventions and Context*. PLoS One. 11 (12): e0168614. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5173028/> (22. veljače 2017.).
266. O'Sullivan, J. Roderick i Jan Karlseder. 2010. *Telomeres: protecting chromosomes against genome instability*.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20125188/> (31. siječnja 2017.).
267. Oshio, Takashi. 2018. Widening disparities in health between educational levels and their determinants in later life: evidence from a nine-year cohort study. *BMC Public Health*. 18: 278.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824535/> (01. ožujka 2018.).
268. Ozcan, Halil, Atacan Yucel i Orhan Ates. 2016. Visual Hallucinations in an Old

- Patient after Cataract Surgery and Treatment. *Eurasian J. Med.* 48 (1): 62–64.
269. Oyur Celik, Gülay. 2017. The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Prefer Adherence*. 11: 1363–1368.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5558585/> (8. ožujka 2018.).
270. Paravić, Denise. 2011. *Program obrazovanja za gerontodomačice. Priručnik za polaznike*. Narodno učilište. Ustanova za obrazovanje i kulturu u Rijeci. 4-131.
Dostupno na: http://www.hzz.hr/UserDocsImages/GERONTO_priru%C4%8Dnik.pdf (9. svibnja 2017.).
271. Partridge, Linda. 2010. *The new biology of aging*. 147-154. dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842712/> (31. siječnja 2017.).
272. Pawelec, Graham. 2017. Age and immunity: What is “immunosenescence”? *Experimental Gerontology*. ISSN: 0531-5565
Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556517306599> (10. ožujka 2018.).
273. Pečjak, Vid. 2001. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Naklada Prosvjeta. 1-248.
274. Penckofer, Sue, Mary Byrn, Patricia Mumby i Carol Estwing Ferrans. 2011. Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau’s Theory of Interpersonal Relations. *Nurs. Sci. Q.* 24 (2): 146–151. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687539/> (8. lipnja 2017.).
275. Penezić, Zvezdan, Katica Lacković-Grgin i Andrijana Bačinić. 2006. Proces umirovljenja: Pokušaj provjere Atchleyeva modela prilagodbe. Izvorni znanstveni članak. *MEJAD* 36 (3-4). 63-71.
276. Peplau, Hildegard. 1955. Loneliness. *American Journal of Nursing*. Dostupno na: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/1955/12000/Loneliness_.31.aspx (5. lipnja 2017.).
277. Peračković, Krešimir i Nenad Pokos. 2014. *U starom društvu: neki sociodemografski aspekti starenja u Hrvatskoj*. Pregledni rad. 89-110.
278. Pereira Machado, Maria Manuela, Margarida Vieira i Sofia Almeida. 2016. Health and self-care profile of older people: a descriptive study in nursing homes, in northern Portugal. *Quality in Primary Care*, ISSN: 1479-1064. Dostupno na: <http://primarycare.imedpub.com/health-and-selfcare-profile-of-older-people-a-descriptive-study-in-nursing-homes-in-northern-portugal.php?aid=8436> (9. ožujka 2018.).

279. Perissinotto, Carla M., Irena Stijacic Cenzer i Kenneth E. Covinsky. 2012. *Loneliness in Older Persons A Predictor of Functional Decline and Death*. 1078-1083. Dostupno na: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1188033> (18. lipnja 2017.).
280. Petersen, Johanna, Daniel Austin, Jeffrey Kaye, Misha Pavel i Tamara Hayes. 2013. Unobtrusive in-home detection of time spent out-of-home with applications to loneliness and physical activity. *IEEE J Biomed. Health. Inform.* 18 (5): 1590–1596. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159765/> (15. travanj 2017.).
281. Petersen, Johanna, Daniel Austin, Nora Mattek i Jeffrey Kaye. 2015. *Time Out-of-Home and Cognitive, Physical and Emotional Wellbeing of Older Adults: A Longitudinal Mixed Effects Model*. PLoS One. 10 (10): e0139643. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4593630/> (15. travnja 2017.).
282. Pfisterer, Mathias H., Derek J. Griffiths, Werner Schaefer i Neil M. Resnick. 2006. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 54: 405–412
283. Phillipson, Chris i Jan Baars. 2007. *Social theory and social aging. Aging in Society: European Perspectives on Gerontology*. SAGE Publications. 68-84.
284. Phillipson, Chris. 2007. *The elected and the excluded: sociological perspectives on the experience of place and community in old age*. 27 (3): 321-342.
285. Pikhartova, Jitka, Ann Bowling i Christina Victor. 2016. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging Ment. Health* 20 (5): 543-549. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806344/#cit0007> (7. travnja 2017.).
286. Pinquart, Martin i Silvia Sörensen. 2001. *Influences on loneliness in older adults*. Basic and Applied Social Psychology, 23 (4): 245 - 266
287. Pinquart, Martin i Silvia Sörensen. 2003. *Risk factors for loneliness in adulthood and old age-A meta-analysis*. Advances in psychology research, (19) Hauppauge, NY: Nova Science; pp: 111–143.
288. Plavšić, Marlena. 2012. *Usporedba bioloških i mentalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*. Doktorski rad. Zagreb: Filozofski fakultet, 1-171. Dostupno na: <https://bib.irb.hr/datoteka/583345.mp-dis-fin.pdf> (28. ožujka 2017.).

289. Plow, Ela B., David A. Cunningham, Corin Bonnett, Dina Gohar, Mehmed Bayram, Alexandria Wyant i sur. 2013. Neurophysiological correlates of aging-related muscle weakness. *J Neurophysiol.* 110 (11): 2563–2573. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3882769/> (15. veljače 2015.).
290. Podgorelec, Sonja i Sanja Klempić. 2007. *Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj*. Zagreb. Migracijske i etničke teme, 23 (1-2): 111–134.
291. Pratali, Lorenza, Francesca Mastorci, Nicola Vitiello, Annamaria Sironi, Amalia Gastaldelli i Angelo Gemignani. 2014. Motor Activity in Aging: An Integrated Approach for Better Quality of Life. *Int Sch Res Notices*, 2014: 257248. dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897547/#B10> (17. veljače 2017.).
292. Pruchno, Rachel A., Maureen Wilson-Genderson, Miriam Rose i Francine Cartwright. 2010. Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics. *Gerontologist*, 50 (6): 821-833.
293. Proroković, Ana, Katica Lacković-Grgin, Vera Čubela Adorić i Zvezdan Penezić. Zbirka psihologijskih skala, svezak 2. Sveučilište u Zadru. Str.36-45.
294. Pyszczynski, Tom, Jeff Greenberg, Sheldon Solomon, Jamie Arndt i Jeff Schimel. 2004. Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 130 (3): 435– 68.
295. Qiu, Chengxuan, Miia Kivipelto i Eva von Strauss. 2009. *Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 11 (2): 111-128. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181909/> (14. travnja 2017.).
296. Queen, Tara, Robert Stawski, Lindsay Ryan i Jacqui Smith. 2014. Loneliness in a day: Activity engagement, time alone, and experienced emotions. *Psychol. Aging*, 29 (2): 297-305. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161136/> (14. travnja 2017.).
297. Ramezani, Matin, Niloufar Darbandi, Fariba Khodaghali i Azam Hashemi. 2016. Myricetin protects hippocampal CA3 pyramidal neurons and improves learning and memory impairments in rats with Alzheimer's disease. *Neural Regen Res.* 11 (12): 1976–1980. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5270437/> (22. veljače 2017.).
298. Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontoagogika*. Ljubljana. Inštitut Antuna Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2: 584.

299. Ranjbar Ezzatabadi, Mohammad, Mohammad Amin Bahrami, Farzaneh Hadizadeh, Masoomah Arab, Soheyla Nasiri, Mohammadreza Amiresmaili i Gholamreza Ahmadi Tehrani. 2012. Nurses' Emotional Intelligence Impact on the Quality of Hospital Services. *Iran Red Crescent Med J.* 14(12): 758–763. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587863/> (9. ožujka 2018.).
300. Rask, Lene, Laila Bendix, Maria Harbo, Birgitte Fagerlund, Erik L. Mortensen, Martin J. Lauritzen i Merete Osler. 2016. *Cognitive Change during the Life Course and Leukocyte Telomere Length in Late Middle-Aged Men.* Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5145851/> (31. siječnja 2017.).
301. Ray, Patrick, Sophie Birolleau, Yannick Lefort, Marie-Hélène Becqemin, Catherine Beigelman, Richard Isnard, Antonio Teixeira, Martine Arthaud, Bruno Riou i Jacques Boddaert. 2006. *Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis.* *Critical Care* 200610:R82 DOI: 10.1186/cc4926. Dostupno na: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc4926> (13. veljače 2017.).
302. Rhodes, Gillan. 2006. The evolutionary psychology of facial beauty. *Annu. Rev. Psychol.* 57: 199-226.
303. Rinčić, Iva. 2009. *Teorija institucija Arnolda Gehlena: prilog istraživanju bioetičkih institucija.* Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet. Filozofska istraživanja (1-2): 141-159.
304. Ro, Junsoo, Jungheon Park, Jinusik Lee i Hyemin Jung. 2015. Factors That Affect Suicidal Attempt Risk Among Korean Elderly Adults: A Path Analysis. *J. Prev. Med. Public Health*, 48 (1): 28–37.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322516/#b4-jpmph-48-1-28> (21. travnja 2017.).
305. Robins, Richard W., Kali H. Trzesniewski, Jessica L. Tracy i Samuel D. Gosling. 2002. Global Self-Esteem Across the Life Span. *Psychology and Aging* 17 (3): 423-434.
306. Rodgers, Vivien i Stephen Neville. 2007. Personal autonomy for older people living in residential care: an overview. *Nursing Praxis in New Zealand* 23 (1): 29-36.
307. Rokach, Ami, Katica Lacković-Grgin, Zvezdan Penezić i Izabela Sorić. 2000. The Effects of Culture on the Causes of Loneliness. *A Journal of Human Behavior*, 37: 6-21.

308. Rokach, Ami, Tricia Orzeck, Janice Cripps, Katica Lacković-Grgin, Zvezdan Penezić. 2001. *The Effects of Culture on the meaning of loneliness*. Social Indicators Research 53: 17-31.
309. Rokach, Ami. 2004. *The lonely and Homeless: Causes and Consequences*. Social Indicator Research, 69: 37-50.
310. Rosmarin, David H., P. Forester Brent, Daniel M. Shassian, Christian A. Webb i Thröstur Björgvinsson. 2015. Interest in Spiritually Integrated Psychotherapy among Acute Psychiatric Patients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 83 (6): 1149–1153. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658247/> (14. srpnja 2017.).
311. Routasalo, Pirkko E., Niina Savikko, Reijo S. Tilvis, Timo E. Strandberg i Kaisu H. Pitkala. 2006. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology*, 52 (3): 181-7.
312. Rozemuller, Annemieke J., Willem Van Gool i Piet Eikelenboom. 2005. *The neuroinflammatory response in plaques and amyloid angiopathy in Alzheimer's disease: therapeutic implications*. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord, 4: 223–233.
313. Rudd, Merrill, Kathleen D. Vohs i Joshua Aaker. 2012. Awe expands people's perception of time, alters decision making, and enhances well-being. *Psychol Sci.* 23: 1130–1136.
314. Rusac, Silvija, Ana Štambuk i Jelena Verić. 2013. Dobna diskriminacija: Iskustva starijih osoba. Izvorni znanstveni rad. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49: 96-105.
315. Rusac, Silvia, Dorijan Vahtar, Ines Vrban, Jasminka Despot Lučanin, Sanja Radica i Vedrana Spajić-Vrkaš. 2016. *Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi*. Zaklada Zajednički put. 7-105. Dostupno na. http://zajednickiput.hr/wp-content/uploads/2016/05/Narativi-o-dostojanstvu-u-starijoj-z%CC%8Civotnoj-dobi_ispravljeno-2.pdf (1. svibnja 2017.).
316. Rusac, Silvia, Matea Bošnjak i Marijana Kletečki Radović. 2017. Profesionalni stres medicinskih sestara u domovima za starije osobe. Izvorni znanstveni rad. *Sigurnost* 59 (1): 7-18.
317. Sabik, Natalie J. 2013. Ageism and Body Esteem: Associations With Psychological Well-Being Among Late Middle-Aged African American and European American Women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 70(2): 191–201. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4351384/> (04. ožujka 2018.).
318. Salthouse, Timothy A. 2009. When does age-related cognitive decline begin?

- Neurobiol. Aging.* 30 (4): 507–514. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683339/> (21. veljače 2017.).
319. Samarakoon, S. M, H. M. Chandola i B. Ravishankar. 2011. Effect of dietary, social, and lifestyle determinants of accelerated aging and its common clinical presentation: A survey study. *Ayu.* 32 (3): 315–321.
320. Sample, Ian. 2014. *Loneliness twice as unhealthy as obesity for older people, study finds.* Medical research. Dostupno na: <https://www.theguardian.com/science/2014/feb/16/loneliness-twice-as-unhealthy-as-obesity-older-people> (18. travnja 2017.).
321. Samson, Nathalie, Bernhard Fink i Paul J. Matts,. 2010. Visible skin condition and perception of human facial appearance. *Int. J. Cosmet. Sci.* 32: 167–184.
322. Savikko, Niina, Pirkko Routasalo, Reijo Tilvis, Timo E. Strandberg i Kaisu H. Pitkala. 2005. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41 (3): 223–233.
323. Savikko, Niina. 2008. *Loneliness Of Older People And Elements Of An Intervention For Its Alleviation.* University of Turku.
324. Schaie, Warner i Sherry Willis. 1996. *Psihologija odrasle dobi i starenja.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
325. Scharf, Thomas i Jenny Gierveld de Jong. 2008. Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *Eur. J. Ageing*, 5: 103-115.
326. Schlagman, Sammuell L., Jonas Schulz i Lia Kvavilashvili. 2006. *A content analysis of involuntary autobiographical memories: examining the positivity effect in old age.* Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16484107/> (4. veljače 2017.).
327. Schmidt, Tina, Martina Brandt i Klaus Haberkern. 2012. Gendered support to older parents: do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9 (1): 39-50. Dostupno na: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10433-011-0197-1> (10. travnja 2017.).
328. Schneider, Stefan i Arthur A. Stone. 2015. Mixed emotions across the adult life span in the United States. *Psychol Aging.* 30(2): 369–382. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477848/> (10. ožujka 2018.).
329. Segrin, Chris i Stacey A. Passalacqua. 2010. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Commun.* 25 (4): 312-322.

330. Segrin, Chris. i Tricia Domschke. 2011. Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Commun.* 26 (3): 221-232.
331. *Self-Care Assessment Worksheet*. 1996. Dostupno na: https://www.ecu.edu/cs-dhs/rehb/upload/Wellness_Assessment.pdf (15. ožujka 2016).
332. Sengupta, Paramita i Anoop I. Benjamin. 2015. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J. Public Health*, 59 (1): 3–8.
333. Sergeant, Julie F. i David Ekerdt. 2008. Motives for residential mobility in later life. Post move perspectives of elders and Family members. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 66 (2): 131–154. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2386962/> (19. travnja 2017.).
334. Sergiev, Petr V., Olga A. Dontsova, Grigory V. Berezkin. 2015. *Theories of Aging: An Ever-Evolving Field*. 9-18. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410392/> (31. siječnja 2017.).
335. Shahidi, Mehrdad. 2013. *Loneliness as predictor of mental health components*. Graduate Thesis. Mount Saint Vincent University. 3-100. Dostupno na: <http://dc.msvu.ca:8080/xmlui/bitstream/handle/10587/1275/MehrdadShahidiMACYSTthesis2013.pdf?sequence=1> (16. rujna 2016.).
336. Shalev, Idit i John Bargh. 2015. *On the association between loneliness and physical warmth-Seeking through bathing: reply to Donnellan et al. (2014) and three further replications of Bargh and Shalev (2012) Study 1*, *Emotion* 15, 120–123.
337. Shankar, Aparna, Anne McMunn, James Banks i Andrew Steptoe. 2011. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol.* 30 (4): 377-385.
338. Sharma, Gulshan i James Goodwin. 2006. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clin. Interv. Aging*, 1 (3): 253–260. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695176/> (13. veljače 2017.).
339. Shaw, Benjamin A., Jersey Liang i Neal Krause. 2010. Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem. *Psychology and Aging*, 25 (1): 84-94.
340. Sheffler, Julia L. 2011. *Habits and lifestyles of successfully aging women in a rural area*. Honors theses. Paper 345. Dostupno na: http://opensiuc.lib.siu.edu/uhp_theses/345 (3. veljače 2017.).
341. Sheline, Yvette I, Mark A. Mintun, Stephen M. Moerlein i Abraham Z. Snyder.

2002. Greater loss of 5-HT_{2A} receptors in midlife than in late life. *American Journal of Psychiatry*, 159: 430–435.
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11870007> (22. veljače 2017.).
342. Sherwin, Susan i Meghan Winsby. 2011. *A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing home*. *Expect.* 14 (2): 182–190. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060573/> (4. svibnja 2017.).
343. Shiovitz-Ezra, Sharon i Liat Ayalon. 2010. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics* 22 (3).
344. Shor, E., D. J. Roelfs i T. Yogevev. 2013. *The strength of family ties: A metaanalysis and meta-regression of self-reported social support and mortality*. *Social Networks*, 35: 626-638.
345. Singh, Archana i Nishi Misra. 2009. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*. 18 (1): 51–55.
346. Skaff, Misty Lynne. 2007. *Predicting longitudinal loneliness in older adults*. Doctor Dissertation. Iowa States University. 1-67.
347. Slinin, Yelena, Misti L. Paudel, Areef Ishani, Brent C. Taylor, Kristine Yaffe, Anne M. Murray i sur. 2008. Kidney Function and Cognitive Performance and Decline in Older Men. *J. Am. Geriatr. Soc.* 56 (11): 2082–2088. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108463/> (22. veljače 2017.).
348. Smith, Gabrielle Lindsay, Lauren Banting, Rochelle Eime, Grant O’Sullivan i Jannique G. Z. van Uffelen. 2017. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 14: 56. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408452/> (14. srpnja 2017.).
349. Smith, Jacqui. 2002. *Life Contexts and Social Relationships From Age 70 to 100+*: 6-8.
350. Soderhamn, Olle, Catharina Lindencrona i Anna-Christina Ek. 2000. Ability for self-care among homedwelling elderly people in a healthdistrict in Sweden. *Int. J. Nurs. Stud.* 37: 361–8.
351. Sonderby, Lars Christian i Brady Wagoner. 2013. Loneliness: An Integrative Approach. *Journal of Integrated Social Sciences*, 3 (1): 1-29. Dostupno na: [http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203\(1\)%201-29%20Loneliness.pdf](http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203(1)%201-29%20Loneliness.pdf) (25. ožujka 2017.).
352. Spencer, Jeremy P.E. 2009. Flavonoids and brain health: multiple effects

- underpinned by common mechanisms. *Genes Nutr.* 4 (4): 243–250. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775888/> (22. veljače 2017.).
353. Stamać, Zrinka Katarina. 2003. Provjera točnosti stereotipa fizičke atraktivnosti. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
354. Steptoe, Andrew, E. S. Leigh i M. Kumari. 2011. Positive affect and distressed affect over the day in older people. *Psychol Aging*, 26 (4): 956-965.
355. Sternberg, Robert J. 2005. *Kognitivna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1-524.
356. Strunga, Alexandru. 2012. Aktivno starenje u Europi - nove perspektive. *Andragoški glasnik*, 16 (1): 33-41. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=152032 (22. siječnja 2017.).
357. Suh, Yousin, Gil Atzmon, Mi-Ook Cho, David Hwang, Bingrong Liu, Daniel J. Leahy, Nir Barzilai, Pinchas Cohen. 2008. *Functionally significant insulin-like growth factor I receptor mutations in centenarians*. 3438-3442.
358. Suhadolnik, Kristina. 2014. *Elementi totalne ustanove v institucionalnem varstvu starejših*. Magistarsko delo. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. 8-108. Dostupno na: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska_dela_2/pdfs/mb22_suhadolnik-kristina.pdf (2. svibnja 2017.).
359. Sullivan, Edith V. i Adolf Pfefferbaum. 2006. A Diffusion tensor imaging and aging. *Neuroscience and Biobehavior Reviews*, 30: 749–761. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16887187> (22. veljače 2017.).
360. Sullivan-Singh, Sarah J., Annette L. Stanton i Carissa A. Low. 2015. *Living With Limited Time: Socioemotional Selectivity Theory in the Context of Health Adversity*: 900-916. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868189/> (4. veljače 2017.).
361. Sundsli, Kari, Ulrika Soderhamn, Geir Arild Espnes i Olle Soderhamn. 2012. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *J Multidiscip Healthc*, 5: 85–95.
362. Sutin, Angelina R., Antonio Terracciano, Yuri Milaneschi, Yang An, Luigi Ferrucci i Alan B. Zonderman. 2013. The Effect of Birth Cohort on Well-Being: The Legacy of Economic Hard Times. *Psychological Science*. 24(3):379–385. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602296/> (10. ožujka 2018.).

363. Suzuki, Toshiro i Sumio Murase. 2010. Influence of outdoor activity and indoor activity on cognition decline: use of an infrared sensor to measure activity. *Telemed J E Health*. 16 (6): 686–90.
364. Sviarkaltsava, Volha. 2016. *The Effect of Loneliness on the Perception and Learning of Negative Words*. Department of Psychology. 51-67.
365. Špan, Maja. 2013. *Dostojanstvo starosti*. Zagreb: Napredak, 154 (1-2): 235
366. Štambuk, Ana, Nino Žganec i Maja Nižić. 2012. Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. Vol. 48, br.1. 84-95.
367. Štambuk, Ana. 2017. Starost i starenje u zrcalu duhovnosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 53, br. 2. 142-151.
368. Šućur, Zoran, Teo Matković, Aleksandar Štulhofer, Branimir Šverko, Predrag Bejaković, Jasmina Papa, Nikola Patuović i Matija Škegro. 2006. *Izješće o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti*. Nacionalna i Sveučilišna knjižnica Zagreb. Dostupno na:
<https://esociologyverainroduction.wikispaces.com/file/view/Siromastvo,+nezaposlenost+i+socijalna+iskljucenost.pdf> (16. srpnja 2017.).
369. Tadaka, Etsuko, Ayumi Kono, Eriko Ito, Yukiko Kanaya, Yuka Dai, Yuki Imamatsu i Waka Itoi. 2016. Development of a community's self-efficacy scale for preventing social isolation among community-dwelling older people (Mimamori Scale). *BMC Public Health*, 16: 1198. Dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127097/> (3. travnja 2017.).
370. Theeke, Laurie A. 2007. *Sociodemographic and Health-Related Risks for Loneliness and Outcome Differences by Loneliness Status in a Sample of Older U.S. Adults*. Dissertation. 1-131.
371. Theeke, Laurie A., Jennifer A. Mallow, Emily R. Barnes i Elliott Theeke. 2015. The Feasibility and Acceptability of LISTEN for Loneliness. *Open J. Nurs*, 15 (5): 416-425. Dostupno: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26401420> (4. travnja 2016.).
372. Thiamwong, Ladda, Michael S. McManus i Jom Suwanno. 2013. Development of the Thai healthy aging model: A grounded theory study. *Nursing and Health Sciences*, 15 (2): 256–261. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23347073> (20. srpnja 2017.).
373. Thompson, Wesley K, Lindsey Charo, Ipsit V. Vahia, Colin Depp, Matthew Allison, Dilip V. Jeste. 2011. Association between higher levels of sexual function,

- activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *J Am Geriatr Soc.* 59:1503–1508.
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151627/> (7. ožujka 2018.).
374. Thorsen, Kirsten. 1998. The paradoxes of gerotranscendence: The theory of gerotranscendence in a cultural gerontological and post modernist perspective. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 8 (2): 165-176. Dostupno na: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/464/434> (7. veljače 2017.).
375. Thorsen, Thorkil, Tina Drud Due, Frans Boch Waldorff. 2016. Is patients' loneliness a matter for general practice? A qualitative study. In. Copenhagen, Denmark Research Unit for General Practice Copenhagen.2-12. Dostupno na: http://almenpraksis.ku.dk/medarbejdere/thorkil/Is_patients_loneliness_a_matter_for_general_practice_ny.pdf (2. ožujka 2018)
376. Thurston, Rebecca C. i Laura D. Kubzansky. 2009. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med.* 71 (8): 836–842. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851545/> (20. srpnja 2017.).
377. Tiwari, Sarvada Chandra. 2013. Loneliness: A disease? *Indian. J of Psychiatry*, 55 (4): 320–22. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890922/> (7. travnja 2017.).
378. Tkalac Verčić, Ana, Dubravka Sinčić Ćorić i Nina Pološki Vokić. 2010. *Priručnik za metodologiju istraživačkog rada. Kako osmisliti, provesti i opisati znanstveno i stručno istraživanje.* Zagreb. 5-217.
379. Tomasović Mrčela, Nada, Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar, Zijad Duraković, M. Ljubičić, Ana Rukavina Stavljenić i Marica Lukić. 2016. Razlike između fiziološkog i bolesnog starenja – osnove za gerontološku rehabilitaciju. *Fiz. rehabil. med.* 28 (1-2): 56-67.
380. Tomečak, Marija, Ana Štambuk i Silvia Rusac. 2013. Promišljanje starenja i starosti – predrasude, mitovi i novi pogledi. Pregledni rad. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 50 (1): 36-53.
381. Tomek-Roksandić, Spomenka, Antun Budak, Vida Demarin, Ivan Vodopija, Eugenija Cividini-Stranić i Ariana Vorko-Jović. 1999. *Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi* 1999. Zavod za Javno zdravstvo grada Zagreba. Zagreb.
382. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Diana Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Josip Čulig i Mate Ljubičić. 2005. Značenje centara za gerontologiju

- županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *MEDICUS*, 14 (2): 177-193.
383. Tomek-Roksandić, Spomenka, Marica Lukić, Ana Deucht, Mara Županić, Mate Ljubičić, Dragica Šimunec, Slavica Garić, Stela Mravak, Mira Jelić, Slavica Šepec, Sanja Blažeković Milaković, Nada Tomasović Mrčela, Vlasta Vučevac, Sanja Predavec, Franica Pavković i Milica Katić. 2012. *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*. 2. dopunjeno izdanje.
384. Tong Yat-Ching. 2009. Diagnosis and treatment of geriatric urinary incontinence. *Incont. Pelvic Floor Dysfunct.* 3: 69–72. Dostupno na: http://www.tcs.org.tw/issue/folder/3_3/69_72.pdf (20. veljače 2017.).
385. Torres, Tatiana de Lucerna, Brigido Vizeu Camargo, Andreia Barbara Bousfield i Antonia Oliveira Silva. 2015. Social representations and normative beliefs of aging. *Cien Saude Colet.* 20 (12): 3621-3630. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691788> (4. travnja 2016.).
386. Trampe, Debra, Jordi Quoidbach i Maxime Taquet. 2015. Emotions in Everyday Life. *PLoS One.* 10(12): e0145450. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689475/#pone.0145450.ref001> (11. ožujka 2018.).
387. Trowbridge, Elisa R., John T. Wei, Dee E. Fenner, James A. Ashton-Miller, John O. Delancey. 2007. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. *Obstet Gynecol.* 109: 715–720.
388. Tucker-Drob, Elliot M. i Daniel A. Briley. 2014. *Continuity of Genetic and Environmental Influences on Cognition across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Twin and Adoption Studies*. 140 (4): 949-979. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069230/> (31. siječnja 2017.).
389. Twenge, Jean M., Roy F. Baumeister, Nathan C. DeWall, N. J. Ciarocco, J. M. Bartels. 2007. Social exclusion decreases prosocial behavior. *J. Personal. Soc. Psychol.* 92: 56–66.
390. Uchino, Bert N. 2006. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29: 377–387.

391. United Nations World Population Ageing. 2007. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. 1-568. Dostupno na: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2007.pdf> (22. siječnja 2017.).
392. Urelija, Rodin. 2012. *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2012. godini*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb: 1-6.
393. Valtorta, Nicole i Barbara Hanratty. 2012. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105 (12): 518–522.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3536512/> (19. travnja 2017.).
394. Van der Elst, Elise, Bernadette Dierckx de Casterlé i Chris Gastmans. 2012. Elderly patients' and residents' perceptions of "the good nurse": a literature review. *J. Med. Ethics*, 38: 93–97.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22038560> (4. svibnja 2017.).
395. Van Heemst, Diana. 2010. *Insulin IGF-1 and longevity*, 2: 147-157. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295030/> (29. siječnja 2017.).
396. Van Orden, Kimberly A., Tracy K. Witte, Kelly C. Cukrowicz, Scott Braithwaite, Edward A. Selby i Thomas E. Jr. Joiner. 2010. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117: 575–600.
397. Van Orden, Kimberly A., Stefan Wiktorsson, Paul Duberstein, Anne Ingeborg Berg, Madeleine Mellqvist Fassberg i Margda Waern. 2015. Reasons for Attempted Suicid in Later Life. *Am. J. Geriatr Psychiatry*, 23 (5): 536–544. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305033/> (23. travnja 2017.).
398. Van Ravesteijn, Hiske, Peter Lucassen, Marjan van der Akker. 2008. GPs' experiences with loneliness. *Aust Fam Physician*. 37(11):973–976. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19037477> (2. ožujka 2018.).
399. Van Rensbergen, Gilberte i Tim Nawrot. 2010. Medical Conditions of Nursing Home Admissions. *BMC Geriatr*. 10: 46.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912913/> (29. travnja 2014.).
400. Van Rensbergen, Gilberte i Jozef Pacolet. 2012. Instrumental Activities of Daily Living (I-ADL) trigger an urgent request for nursing home admission. *Arch Public Health*, 70 (1): 2.

401. Vauclair, Christin- Melanie, Maria Luísa Lima, Dominic Abrams, Hannah J. Swift i Christopher Bratt. 2016. What Do Older People Think That Others Think of Them, and Does It Matter? The Role of Meta-Perceptions and Social Norms in the Prediction of Perceived Age Discrimination. *Psychol Aging*. 31(7): 699–710. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5104248/> (4. ožujka 2018.)
402. Vauzour, David, Katerina Vafeiadou, Ana Rodriguez-Mateos, Catarina Rendeiro i Jeremy P. E. Spencer. 2008. The neuroprotective potential of flavonoids: a multiplicity of effects. *Genes. Nutr.* 3 (3-4): 115–126.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2593006/> (22. veljače 2017.).
403. Vauzour, David. 2014. Effect of flavonoids on learning, memory and neurocognitive performance: relevance and potential implications for Alzheimer's disease pathophysiology. *J Sci Food Agric*, 94: 1042–1056. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24338740> (22. veljače 2017.).
404. Vertot, Nelka. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Statistični urad Republike Slovenije. 7-57. Dostupno na: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> (26. siječnja 2017.).
405. Victor, Christina, Sasha Scambler, John Bond i Ann Bowling. 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol*, 10: 407–417.
406. Vijig, Jan i Judith Campisi. 2008. Puzzles, promises and a cure for Aging. *Nature*, 454 (7208): 1065-1071.
407. Vorkapić Tatalović, Sanja. 2013. *Razvojna psihologija. Rani i predškolski odgoj i obrazovanje*. Rijeka: Učiteljski fakultet u Rijeci. 1-215.
408. Vouk, Morana i Branko Radovančić. 2001. *Prezbiakuzija kao opstruktivski činitelj u psihosocijalnoj strukturi osobe*. Izvorni znanstveni rad. 211-216.
409. Vozoris, Nicholas T. 2016. Insomnia Symptoms Are Not Associated with Dyslipidemia: A Population-Based Study. *Sleep*. 1, 39 (3): 551–558. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4763367/> (14. srpnja 2017.).
410. Vukovic, Jovana, Benedikt C. Jones, Lisa M. DeBruine, Anthony C. Little, David R. Feinberg i Lisa L. M. Welling. 2009. Circum-menopausal effects on women's judgements of facial attractiveness. *Biol Lett*. 23; 5 (1): 62–64. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2657744/> (15. veljače 2017.).
411. Vuletić, Gorka i Marina Stapić. 2013. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Izvorni znanstveni članak. *Klinička psihologija* (1-2): 45-61.

412. Wadensten, Barbro. 2005. Introducing older people to the theory of gerotranscendence. Issues and innovations in Nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 381-388. Dostupno na: http://www.soc.uu.se/digitalAssets/235/c_235770-1_3-k_introducing-older-people.pdf (20. srpnja 2017.).
413. Wadensten, Barbro. 2010. Changes in nursing home residents during an innovation based on the theory of gerotranscendence. *Int. J. Older People Nurs.* 5 (2): 108-115.
414. Wahl, Hans-Werner, Marian Wettstein, Noam Shoval, Frank Oswald, Robert Kaspar, M. Issacson, Edward Voss, Gail Auslander i Jeremia Heinik. 2012. Interplay of Cognitive and Motivational Resources for Out-of-Home Behavior in a Sample of Cognitively Heterogeneous Older Adults: Findings of the Sen.Tra. Project. *J. Gerontol. B.* 68 (5): 691–702.
415. Wakasaki, A., K. Matsumoto i C. Kakehashi. 2006. A study on successful aging of middle-and advanced-aged people-with major focus on the current status of women in their mature stage living in three districts in Japan. *Kawasaki Journal of Medical Welfare*, 12:145–153.
416. Walivaara, Britt-Marie, Stefan Savenstedt i Karin Axelsson. 2013. Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *Open Nurs J*, 7: 89–95.
417. Walters, Kate, Kalpa Kharicha, Claire Goodman, Melanie Handley, Jill Manthorpe, Mima Cattan i sur. 2017. Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. *BMC Fam. Pract.*18: 47.
418. Wang, Huimin, Huiling Wang, Huixin Cheng i Zhenyong Che. 2016. *Ameliorating effect of luteolin on memory impairment in an Alzheimer's disease model.* Mol. Med. Rep.13: 4215–4220.
419. Ward, Nick S., Orlando B. C. Swayane i Jennifer M. Newton. 2008. Age dependent changes in the neural correlates of force modulation: An FMRI study. *Neurobiol. Aging*, 29 (9): 1434–1446.
420. Weiss, Robert S. 2005. *Retirement, Marriage, and Social Isolation. Illness, Crisis, and Loss*, 13: 75–84.
421. Weinberger, Birgit. 2018. Vaccines for the elderly: current use and future challenges. *Immun Ageing*. 15:3.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5778733/>
(10. ožujka 2018.).

422. Wenger, G. Clarence i Vanessa Burholt. 2004. Changes in levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging*, 23 (2): 115-127.
423. Wernher, Iris i Martin Stephen Lipsky. 2015. *Psychological theoris of aging. Disease-a-Month*. 61: 480-488.
424. Whitbourne, Krauss Susan. 2008. *Adult development and aging. Biopsychological Perspectives*. 4th Edition. Danvers, MA: John Wiley and Sons.
425. White, Sherryl. 2015. *Engaging Aging. Gerotranscendence Theory: A Fresh Look at Positive Aging*. National Religious Retirement Office, 10 (1): 1-8. Dostupno na: <http://www.usccb.org/about/national-religious-retirement-office/upload/Engaging-Aging-Newsletter-Spring-2015.pdf> (8. veljače 2017.).
426. Willcox, Bradley J., J. Sokolovsky i S. Sakihara. 2007. The cultural context of “successful aging” among older women weavers in a Northern Okinawan village: The role of productive activity. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 22:137–165.
427. Wilson, Robert S., Kristin R. Krueger, Steven E. Arnold, Julie A. Schneider, Jeremiah F. Kelly, Lisa L. Barnes, Yuxiao Tang i David A. Bennett. 2007. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64: 234–40
428. Wolf, Dempsey Laurie i Marie C. Davis. 2014. *Loneliness, Daily Pain, and Perceptions of Interpersonal Events in Adults with Fibromyalgia*. 33 (9): 929–937. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214136/> (18. travnja 2017.).
429. Woods, Bob, Aimee E. Spector, Catherine A. Jones, Martin Orrell i Stephen P. Davies. 2009. *Reminiscence therapy for dementia*. In: The Cochrane Collaboration, UK: John Wiley and Sons. 1-35.
430. *World Health Organization*. 2007. *Global Age-Friendly Cities. A Guide*: Geneva: WHO Press.
431. *World Health Organization*. 10 facts on ageing and health 2015. Dostupno na: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/. (22. ožujka 2017.).
432. Yaffe, Kristine, Alexandra Fiocco, Karla Lindquist, Eric Vittinghoff, Eleanor M. Simonsick, Anne Newman i sur. 2009. Predictors of maintaining cognitive function in older adults: the Health ABC study. *Neurology*, 72 (23): 2029–2035. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692177/> (22. veljače 2017.).
433. Yaffe, Kristine, Carla Lindquist, Eric Vittinghoff, Deborah Barnes, Eleanor M. Simonsick, Anne Newman i sur. 2010. The Effect of Maintaining Cognition on Risk of

- Disability and Death. *J Am Geriatr Soc.*, 58 (5): 889–894. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924918/#R4> (22. veljače 2017.).
434. You, Sungeun i Moran Park. 2017. Resilience Protected against Suicidal Behavior for Men But Not Women in a Community Sample of Older Adults in Korea *Front. Psychol.*, 8: 401.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350114/> (21. travnja 2017.).
435. You, Sungeun, Kimberly Van Orden i Kenneth R. Conner. 2011. Social Connections and Suicidal Thoughts and Behavior. *Psychol Addict Behav.* 25 (1): 180–184. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066301/> (21. travnja 2017.).
436. Yoshany, Nooshin, Mohammad Ali Morowatisharifabad, Hamideh Mihanpour H, Narjes Bahri i Khair Mohammad Jadgal. 2017. The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *J Menopausal Med.* 23:15–24. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432462/> (7. ožujka 2018.).
437. Yu, Solomon, Sarah Appleton, Robert Adams, Ian Chapman, Gary Wittert, Thavarajah Visvanathan i Renuka Visvanathan. 2014. The Impact of Low Muscle Mass Definition on the Prevalence of Sarcopenia in Older Australians. *Biomed. Res. Int.* 361790. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106111/> (19. veljače 2017.).
438. Zbroch, Edyta, Dominika Musialowska, Ewa Koc-Zorawska i Jolanta Malyszko. 2016. Age influence on renalase and catecholamines concentration in hypertensive patients, including maintained dialysis. *Clin Interv Aging*, 11: 1545–1550. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094527/> (13. veljače 2017.).
439. Zhan, Weihai, Karen J. Cruickshanks, Barbara E. K. Klein, Ronald Klein, Guan-Hua Huang, James S. Pankow i sur. 2010. Generational Differences in the Prevalence of Hearing Impairment in Older Adults. *Am. Epidemiol.* 171 (2): 260-266. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2878102/> (12. veljače 2017.).
440. Zhao, Yuan, Jessica M. Sautter, Li Qiu i Danan Gu. 2017. Self-percieved uselessness and associated factors among older adults in China. *BMC Geriatr.* 17: 12. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223574/> (19. lipnja 2016.).
441. Zhavoronkov, Alex i Bhupinder Bhullar. 2015. *Classifying aging as a disease in*

- the context of ICD-11.* Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631811/> (31. siječnja 2017.).
442. Zhavoronkov, Alex i Alexey Moskalev. 2016. Editorial: *Should We Treat Aging as a Disease? Academic, Pharmaceutical, Healthcare Policy, and Pension Fund Perspectives.* Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754422/> (31. siječnja 2017.).
443. Zhong, Chen-Bo i Geoffrey J. Leonardelli. 2008. Cold and lonely: does social exclusion literally feel cold? *Psychol Sci.* 2008; 19: 838–842.
444. Zhong, Baoliang, Yanmin Xu, Dong Jin, Xiaowei Zou i Tiebang Liu. 2016. *Prevalence and correlates of loneliness among Chinese service industry migrant workers.* *Medicine (Baltimore)* 95 (24): e3903.
445. Zimmer, Zachary, Carol Jagger, Chi-Tsun Chiu, Mary Beth Ofstedal, Florencia Rojo, i Yasuhiko Saito. 2016. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health.* 2. 373–381. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758000/> (6. ožujka 2018.).
446. Zovko, Anita i Jelena Vukobratović. 2017. Percepcija starenja i društveno-medijaska slika o starima. *Andragoške studije.* ISSN 0354–5415, broj 1.111–124. Dostupno na: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0354-5415/2017/0354-54151701111Z.pdf> (5. ožujka 2017.).
447. Železnik, Danica. 2007. *Self-care of the home of the home dwelling elderly people living in Slovenia.* Academic dissertation. Faculty of Medicine. Department of Nursing science and health administration. University of Oulu.
448. Železnik, Danica. 2010. Self-care behavior styles and the functional ability of elderly people living in their home environment. Vedenjski stili samooskrbe in funkcionalne sposobnosti starostnikov v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege,* 44 (1): 3-11.
449. Železnik, Danica. 2014. *Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov v domačem okolju.* Znanstvena monografija. Visoka šola za zdravstvene vede. Slovenj Gradec.
450. Železnik, Danica, Ružica Kanisek i Uroš Železnik. 2016. Usporedba usamljenosti adolescenata i starijih osoba u ustanovama socijalne skrbi. *Zdravstveni glasnik,* 2 (2): 14-26.
451. Žganec, Nino, Silvia Rusac i Maja Laklija. 2008. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Pregledni znanstveni rad. *Revija za socijalnu politiku:* 171-188.

PRILOZI

Prilog A: Sociodemografski podaci ispitanika

Poštovani,

Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u svrhu izrade doktorskog rada na studiju socijalne gerontologije Alma Mater Europaea Maribor pod naslovom: „Prepoznavanje socijalne i emocionalne usamljenosti kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije“ pod mentorstvom izv. prof. dr. Danice Železnik.

Uprava i Etičko povjerenstvo ustanova u kojima boravite suglasni su s provođenjem ovog upitnika među Vama korisnicima. Upitnik je anonimn, a rezultati će se koristiti za izradu doktorskog rada i objavu u znanstvenim časopisima, a Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz ove pojave u institucijama.

Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Irena Canjuga mag. pred.

Sveučilište Sjever

Studij sestrinstva

104. brigade 3

42205 Varaždin

Email: irena.canjuga@unin.hr

Ispred odgovora stavite oznaku X

*Napomena: pitanja pod brojem 6, 7, 8 i 9 ne ispunjavaju ispitanici koji su smješteni u domovima umirovljenika

1. Spol

M Ž

2. Vaša dob u godinama je:

3. Razina obrazovanja

- Osnovna škola
- Srednja škola
- Viša škola
- Visoka škola
- Ostalo (navesti): _____

4. Bračno stanje

- U braku
- Neudana/neoženjen
- Udovac/ica
- Razveden/a

5. Mjesto stanovanja

- Grad
- Selo
- Dom umirovljenika

6. Vrsta domaćinstva* (ne ispunjavaju ispitanici koji su smješteni u domovima umirovljenika)

- Samačko domaćinstvo (živim sam/a)
- Domaćinstvo s više članova

7. Ako ste u prethodnom odgovoru naznačili da živite u domaćinstvu s više članova molimo Vas da ih navedete* (npr. supruga, sin, snaha, unuci...)

8. Veličina Vašeg stambenog prostora*

- Manje od 50 m²
- Od 50-100 m²
- Više od 100 m²

9. Vaš mjesečni dohodak iznosi*

- Manje od 1000 kn
- Od 1000-2400 kn
- Od 2400-3400 kn
- Od 3400-4500 kn
- Više od 4500 kn

10. Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje

- Izvrsno (nemam zdravstvenih poteškoća)
- Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)
- Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)

Prilog B: Rosenbergova skala samopoštovanja (RSS)

Molimo Vas da pažljivo pročitate ove tvrdnje. Među navedenim tvrdnjama ne postoje dvije jednake ponavljajuće tvrdnje, stoga je izuzetno bitno da pažljivo pročitate svaku tvrdnju posebno. Vaš zadatak je da odredite u kojoj mjeri se navedena tvrdnja odnosi na Vas, a to je moguće tako što ćete pored navedene tvrdnje zaokružiti broj koji označava Vaše mišljenje.

1 2 3 4 5

1-u potpunosti netočno

2-uglavnom netočno

3-niti točno niti netočno

4-uglavnom točno

5-u potpunosti točno

Tvrdnje	Odgovori
Općenito govoreći zadovoljan sam sobom	1 2 3 4 5
Želio bih da imam više poštovanja prema samom sebi	1 2 3 4 5
Osjećam da nemam puno toga čime bi se mogao ponositi	1 2 3 4 5
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim	1 2 3 4 5
Sposoban sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi	1 2 3 4 5
S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim	1 2 3 4 5
Osjećam da sam isto toliko sposoban kao i većina ljudi	1 2 3 4 5
Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina	1 2 3 4 5
Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim	1 2 3 4 5
Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi	1 2 3 4 5

Izvor: *Self-Esteem Scale*, prema *Stamać 2003. Provjera točnosti stereotipa fizičke atraktivnosti. Diplomski rad.*

Prilog C: Skala emocionalne i socijalne usamljenosti (SELSA-S)

Dolje navedene tvrdnje opisuju neke načine na koje ljudi doživljavaju sebe i svoj odnos s različitim drugim osobama. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i procijenite *koliko se ono što ona izriče odnosi na Vas osobno*. Procjene ćete davati tako što ćete uz svaku tvrdnju zaokružiti jedan broj na skali koja ima sedam stupnjeva. Značenje pojedinih brojeva na skali procjene je sljedeće:

	1	2	3	4	5	6	7
	uopće se	uglavnom se	donekle se	nit se slažem,	donekle se	uglavnom se	potpuno se
	NE slažem	NE slažem	NE slažem	nit se ne slažem	slažem	slažem	Slažem

1.	Ono što je meni važno ne čini se da je važno ljudima koje znam.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Nemam prijatelja koji dijeli moja stajališta.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Postoji krug prijatelja čiji sam ja dio. ®	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moji prijatelji razumiju moje potrebe i razmišljanja. ®	1	2	3	4	5	6	7
5.	Uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem. ®	1	2	3	4	5	6	7
6.	Imam puno zajedničkog s ljudima koje poznajem. ®	1	2	3	4	5	6	7
7.	Imam prijatelje kojima se mogu obratiti za savjet. ®	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sviđaju mi se ljudi s kojima se družim. ®	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mogu računati na pomoć svojih prijatelja. ®	1	2	3	4	5	6	7
10.	Imam prijatelje s kojima mogu razgovarati o onome što me tišti u mom životu. ®	1	2	3	4	5	6	7
11.	Nemam prijatelje koji me razumiju.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Nisam zadovoljan prijateljima koje imam.	1	2	3	4	5	6	7

13.	Imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje. ®	1	2	3	4	5	6	7
14.	Važan sam dio nečijeg života. ®	1	2	3	4	5	6	7
15.	Osjećam se sâm kad sam sa svojom obitelji.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Nikome u mojoj obitelji nije stvarno stalo do mene.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Imam ljubavnu vezu u kojoj s partnerom dijelim najskrovitije misli i osjećaje. ®	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Zaista mi je stalo do moje obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
20.	Postoji netko tko želi svoj život dijeliti sa mnom. ®	1	2	3	4	5	6	7
21.	Osjećam da doista pripadam u svoju obitelj. ®	1	2	3	4	5	6	7
22.	Imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Želio bih da mogu reći nekome u koga sam zaljubljen da ga volim.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam. ®	1	2	3	4	5	6	7
25.	Zateknem sebe ponekad kako čeznem za nekim s kim bih dijelio svoj život.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Želio bih da je mojoj obitelji više stalo do moje sreće.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Zaljubljen sam u nekoga tko je također zaljubljen u mene. ®	1	2	3	4	5	6	7
28.	Osjećam se blizak svojoj obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
29.	Imam nekoga tko zadovoljava moje potrebe za bliskošću. ®	1	2	3	4	5	6	7
30.	Osjećam se dijelom svoje obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
31.	Postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe. ®	1	2	3	4	5	6	7
32.	Ni s kim u obitelji nisam blizak.	1	2	3	4	5	6	7

33.	U ljubavnoj sam vezi s osobom čijoj sreći ja doprinosim. ®	1	2	3	4	5	6	7
34.	Moja mi je obitelj važna. ®	1	2	3	4	5	6	7
35.	Želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Mojoj je obitelji doista stalo do mene. ®	1	2	3	4	5	6	7

® - tvrdnje koje se obrnuto boduju

Rezultat ispitanika na pojedinim subskalama određuje se zbrajanjem procjena koje je dao na pripadajućim česticama. To su čestice br. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 13 za subskalu socijalne usamljenosti, čestice br. 14, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 33 i 35 za subskalu usamljenosti u ljubavi, te čestice br. 15, 16, 18, 19, 21, 26, 28, 30, 32, 34 i 36 za subskalu usamljenosti u obitelji.

Izvor: Proroković i sur. 2004. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 2. Sveučilište u Zadru. str. 36-45.

Prilog D: Anketa za procjenu samozbrinjavanja

Ovaj alat daje pregled učinkovitih strategija za procjenu samozbrinjavanja. Nakon popunjavanja ankete, odaberite jednu stavku iz svakog područja na kojoj ćete aktivno raditi kako biste je poboljšali.

Ocijenite sljedeća područja u smislu učestalosti koristeći ovu skalu:

- 5 - Često
- 4 - Povremeno
- 3 - Rijetko
- 2 - Nikada
- 1 - Nikada mi nije palo na pamet

Fizička skrb

- ___ Jedem redovito (npr. doručak, ručak, večera)
- ___ Jedem zdravo
- ___ Vježbam
- ___ Liječnički pregled radi preventive
- ___ Liječnički pregled kada je to potrebno
- ___ Uzmem si slobodno kada trebam
- ___ Idem na masaže
- ___ Plešem, plivam, hodam, trčim, bavim se sportom, pjevam ili se bavim nekom drugom fizičkom aktivnošću koja je zabavna
- ___ Imam vremena za seksualnost-sa samom/samim sobom, s partnerom
- ___ Dovoljno se naspavam
- ___ Nosim odjeću koju volim
- ___ Koristim godišnji odmor
- ___ Idem na jednodnevne izlete ili kraći godišnji
- ___ Provodim vrijeme dalje od telefona

___ Ostalo:

Psihološka skrb

___ Imam vremena za razmišljanje o samome sebi

___ Imam vlastitu psihoterapiju

___ Pišem dnevnik

___ Čitam literaturu koja je nevezana uz posao

___ Bavim se stvarima u kojima nisam stručnjak ili odgovorna osoba

___ Smanjujem stres

___ Pokazujem drugima svoje različite aspekte

___ Primjećujem vlastite unutarnje doživljaje (slušam vlastite misli, prosudbe, uvjerenja, stavove i osjećaje)

___ Usmjeravam inteligenciju na neko novo područje (npr. posjete muzeju umjetnosti, povijesne izložbe, sportski događaj, aukciju, kazališnu predstavu)

___ Vježbam primati od drugih

___ Znatiželjan sam

___ Ponekad kažem „ne“ dodatnim odgovornostima

___ Ostalo:

Emocionalna skrb

___ Provodim vrijeme s osobama u čijem se društvu dobro osjećam

___ Ostajem u kontaktu s meni važnim osobama

___ Potičem se i hvalim

___ Volim sam sebe

___ Ponovo pročitam omiljene knjige i pogledate omiljene filmove

___ Nađem ugodne aktivnosti, predmete, ljude, veze, mjesta

___ Plačem

___ Pronađem stvari koje me nasmijavaju

___ Izražavam svoj bijes putem društvenih događanja, pisama i donacija, marševa i prosvjeda

___ Igram se s djecom

___ Ostalo:

Duhovna skrb

___ Nađem vremena za razmišljanje

___ Provodim vrijeme s prirodom

___ Našao sam duhovnu vezu ili zajednicu

___ Otvoren sam za inspiraciju

___ Cijenim svoj optimizam i nadu

___ Svjestan sam nematerijalnih aspekata života

___ Povremeno pokušavam ne biti odgovorna osoba ili stručnjak

___ Nisam uvijek obaviješten

Izvor: Self-Care Assessment Worksheet 1996.

Prilog E: Testovi normalnosti distribucije

Tests of Normality

	Ispitanici	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	smješteni u domovima/institucijama	,112	145	,000	,964	145	,001
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,136	150	,000	,939	150	,000
Socijalna usamljenost	smješteni u domovima/institucijama	,149	145	,000	,902	145	,000
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,127	150	,000	,881	150	,000
Usamljenost u ljubavi	smješteni u domovima/institucijama	,161	145	,000	,900	145	,000
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,137	150	,000	,903	150	,000
Usamljenost u obitelji	smješteni u domovima/institucijama	,211	145	,000	,838	145	,000
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,189	150	,000	,828	150	,000
Fizička skrb	smješteni u domovima/institucijama	,056	145	,200*	,994	145	,779
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,066	150	,200*	,987	150	,174
Psihološka skrb	smješteni u domovima/institucijama	,092	145	,005	,981	145	,039
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,050	150	,200*	,992	150	,553
Emocionalna skrb	smješteni u domovima/institucijama	,085	145	,012	,985	145	,115
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,116	150	,000	,969	150	,002
Duhovna skrb	smješteni u domovima/institucijama	,084	145	,014	,983	145	,064

smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,076	150	,034	,978	150	,017
---	------	-----	------	------	-----	------

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Ispitanici	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	smješteni u domovima/institucijama	,347	200	,000	,731	200	,000
	smješteni u svojim kućama/domaćinstvima	,429	177	,000	,623	177	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Ispitanici u domu

Tests of Normality

	Spol	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	muško	,173	44	,002	,955	44	,087
	žensko	,110	101	,004	,961	101	,004
Socijalna usamljenost	muško	,160	44	,006	,857	44	,000
	žensko	,157	101	,000	,896	101	,000
Usamljenost u ljubavi	muško	,166	44	,004	,920	44	,005
	žensko	,150	101	,000	,888	101	,000
Usamljenost u obitelji	muško	,173	44	,002	,874	44	,000
	žensko	,216	101	,000	,830	101	,000
Fizička skrb	muško	,092	44	,200*	,985	44	,827
	žensko	,061	101	,200*	,991	101	,722
Psihološka skrb	muško	,149	44	,015	,943	44	,031
	žensko	,075	101	,176	,986	101	,361
Emocionalna skrb	muško	,120	44	,120	,981	44	,685
	žensko	,086	101	,064	,985	101	,329
Duhovna skrb	muško	,093	44	,200*	,981	44	,663
	žensko	,125	101	,001	,966	101	,011

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Dob	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	kategorije	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	65 - 74 godine	,107	19	,200*	,945	19	,324
	75 - 84 godine	,133	87	,001	,958	87	,007
	85 i više godina	,160	38	,015	,935	38	,028
Socijalna usamljenost	65 - 74 godine	,161	19	,200*	,951	19	,403
	75 - 84 godine	,142	87	,000	,901	87	,000
	85 i više godina	,178	38	,004	,879	38	,001
Usamljenost u ljubavi	65 - 74 godine	,236	19	,006	,914	19	,088
	75 - 84 godine	,166	87	,000	,905	87	,000
	85 i više godina	,223	38	,000	,830	38	,000
Usamljenost u obitelji	65 - 74 godine	,272	19	,001	,820	19	,002
	75 - 84 godine	,209	87	,000	,834	87	,000
	85 i više godina	,207	38	,000	,824	38	,000
Fizička skrb	65 - 74 godine	,122	19	,200*	,966	19	,702
	75 - 84 godine	,074	87	,200*	,987	87	,530
	85 i više godina	,107	38	,200*	,958	38	,166
Psihološka skrb	65 - 74 godine	,157	19	,200*	,936	19	,223
	75 - 84 godine	,109	87	,013	,965	87	,018
	85 i više godina	,115	38	,200*	,979	38	,670
Emocionalna skrb	65 - 74 godine	,148	19	,200*	,927	19	,151
	75 - 84 godine	,100	87	,030	,978	87	,137

Duhovna skrb	85 i više godina	,128	38	,118	,976	38	,563
	65 - 74 godine	,095	19	,200*	,969	19	,756
	75 - 84 godine	,111	87	,010	,970	87	,042
	85 i više godina	,107	38	,200*	,971	38	,417

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,252	6	,200*	,855	6	,171
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,118	83	,006	,960	83	,011
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,128	56	,023	,960	56	,063
Socijalna usamljenost	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,261	6	,200*	,857	6	,178
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,170	83	,000	,888	83	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,112	56	,077	,913	56	,001
Usamljenost u ljubavi	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,208	6	,200*	,955	6	,782
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,178	83	,000	,873	83	,000

Usamljenost u obitelji	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,129	56	,021	,937	56	,006
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,282	6	,148	,776	6	,035
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,254	83	,000	,797	83	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,176	56	,000	,888	56	,000
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,201	6	,200*	,969	6	,884
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,063	83	,200*	,986	83	,538
Fizička skrb	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,079	56	,200*	,986	56	,751
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,203	6	,200*	,934	6	,613
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,100	83	,041	,971	83	,055
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,107	56	,170	,978	56	,400
Psihološka skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,211	6	,200*	,942	6	,674
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,085	83	,200*	,984	83	,376
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,125	56	,029	,975	56	,284
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)						
Emocionalna skrb	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)						
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)						

Duhovna skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,196	6	,200*	,924	6	,538
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,085	83	,200*	,980	83	,225
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,106	56	,180	,974	56	,253

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Razina obrazovanja	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Osnovna škola	,081	75	,200*	,975	75	,146
	Srednja škola	,164	49	,002	,944	49	,022
	Viša škola	,145	11	,200*	,937	11	,487
	Visoka škola	,167	6	,200*	,982	6	,960
Socijalna usamljenost	Osnovna škola	,148	75	,000	,909	75	,000
	Srednja škola	,148	49	,009	,908	49	,001
	Viša škola	,206	11	,200*	,883	11	,112
	Visoka škola	,240	6	,200*	,871	6	,230
Usamljenost u ljubavi	Osnovna škola	,149	75	,000	,905	75	,000
	Srednja škola	,125	49	,053	,939	49	,014
	Viša škola	,328	11	,002	,770	11	,004
	Visoka škola	,278	6	,161	,811	6	,074
Usamljenost u obitelji	Osnovna škola	,185	75	,000	,868	75	,000
	Srednja škola	,227	49	,000	,830	49	,000

Fizička skrb	Viša škola	,329	11	,002	,785	11	,006
	Visoka škola	,197	6	,200*	,955	6	,781
	Osnovna škola	,079	75	,200*	,992	75	,913
	Srednja škola	,102	49	,200*	,985	49	,798
	Viša škola	,262	11	,034	,851	11	,044
	Visoka škola	,198	6	,200*	,954	6	,770
Psihološka skrb	Osnovna škola	,069	75	,200*	,989	75	,758
	Srednja škola	,131	49	,036	,955	49	,058
	Viša škola	,209	11	,195	,921	11	,330
	Visoka škola	,218	6	,200*	,953	6	,768
	Osnovna škola	,092	75	,189	,983	75	,419
	Srednja škola	,142	49	,015	,935	49	,010
Emocionalna skrb	Viša škola	,216	11	,158	,887	11	,128
	Visoka škola	,171	6	,200*	,965	6	,855
	Osnovna škola	,135	75	,002	,964	75	,033
	Srednja škola	,092	49	,200*	,980	49	,556
	Viša škola	,228	11	,114	,873	11	,084
	Visoka škola	,246	6	,200*	,922	6	,520
Duhovna skrb	Viša škola						
	Visoka škola						
	Osnovna škola						
	Srednja škola						

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Bračno stanje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Neudana/neoženjen	,132	13	,200*	,965	13	,823
	Udovac/ica	,097	98	,023	,969	98	,020
	Razveden/a	,225	18	,017	,887	18	,034
	U braku	,135	16	,200*	,938	16	,331

Rosenbergova skala samopoštovanja	muško	,154	49	,005	,923	49	,004
	žensko	,142	101	,000	,939	101	,000
Socijalna usamljenost	muško	,158	49	,004	,879	49	,000
	žensko	,147	101	,000	,876	101	,000
Usamljenost u ljubavi	muško	,200	49	,000	,852	49	,000
	žensko	,169	101	,000	,913	101	,000
Usamljenost u obitelji	muško	,247	49	,000	,793	49	,000
	žensko	,182	101	,000	,835	101	,000
Fizička skrb	muško	,129	49	,040	,939	49	,013
	žensko	,077	101	,144	,987	101	,411
Psihološka skrb	muško	,101	49	,200*	,978	49	,469
	žensko	,068	101	,200*	,989	101	,561
Emocionalna skrb	muško	,112	49	,170	,959	49	,089
	žensko	,125	101	,000	,969	101	,017
Duhovna skrb	muško	,144	49	,013	,955	49	,057
	žensko	,082	101	,094	,984	101	,268

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Dob kategorije	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	65 - 74 godine	,153	102	,000	,939	102	,000

	75 - 84 godine	,192	43	,000	,928	43	,010
	85 i više godina	,329	4	.	,895	4	,406
	65 - 74 godine	,118	102	,001	,918	102	,000
Socijalna usamljenost	75 - 84 godine	,153	43	,012	,887	43	,001
	85 i više godina	,257	4	.	,850	4	,225
	65 - 74 godine	,150	102	,000	,882	102	,000
Usamljenost u ljubavi	75 - 84 godine	,244	43	,000	,890	43	,001
	85 i više godina	,381	4	.	,712	4	,016
	65 - 74 godine	,203	102	,000	,800	102	,000
Usamljenost u obitelji	75 - 84 godine	,195	43	,000	,878	43	,000
	85 i više godina	,245	4	.	,953	4	,737
	65 - 74 godine	,088	102	,048	,983	102	,206
Fizička skrb	75 - 84 godine	,152	43	,014	,951	43	,066
	85 i više godina	,360	4	.	,807	4	,115
	65 - 74 godine	,082	102	,085	,981	102	,150
Psihološka skrb	75 - 84 godine	,100	43	,200*	,977	43	,520
	85 i više godina	,212	4	.	,963	4	,796
	65 - 74 godine	,141	102	,000	,955	102	,002
Emocionalna skrb	75 - 84 godine	,091	43	,200*	,965	43	,204
	85 i više godina	,237	4	.	,939	4	,650
Duhovna skrb	65 - 74 godine	,077	102	,153	,980	102	,122

75 - 84 godine	,084	43	,200*	,970	43	,316
85 i više godina	,192	4	.	,971	4	,850

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Razina obrazovanja	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Osnovna škola	,192	61	,000	,924	61	,001
	Srednja škola	,151	70	,000	,932	70	,001
	Viša škola	,260	16	,005	,907	16	,104
	Visoka škola	,385	3	.	,750	3	,000
Socijalna usamljenost	Osnovna škola	,180	61	,000	,849	61	,000
	Srednja škola	,104	70	,060	,934	70	,001
	Viša škola	,099	16	,200*	,956	16	,589
	Visoka škola	,268	3	.	,951	3	,573
Usamljenost u ljubavi	Osnovna škola	,163	61	,000	,899	61	,000
	Srednja škola	,130	70	,005	,896	70	,000
	Viša škola	,186	16	,140	,879	16	,038
	Visoka škola	,331	3	.	,866	3	,284
Usamljenost u obitelji	Osnovna škola	,180	61	,000	,861	61	,000
	Srednja škola	,212	70	,000	,776	70	,000
	Viša škola	,174	16	,200*	,893	16	,062
	Visoka škola	,385	3	.	,750	3	,000
Fizička skrb	Osnovna škola	,081	61	,200*	,988	61	,794
	Srednja škola	,110	70	,036	,979	70	,285
	Viša škola	,141	16	,200*	,956	16	,582
	Visoka škola	,314	3	.	,893	3	,363

Psihološka skrb	Osnovna škola	,065	61	,200*	,987	61	,781
	Srednja škola	,086	70	,200*	,983	70	,472
	Viša škola	,100	16	,200*	,965	16	,758
	Visoka škola	,263	3	.	,955	3	,593
Emocionalna skrb	Osnovna škola	,125	61	,019	,956	61	,030
	Srednja škola	,125	70	,009	,950	70	,007
	Viša škola	,146	16	,200*	,945	16	,419
	Visoka škola	,292	3	.	,923	3	,463
Duhovna skrb	Osnovna škola	,109	61	,070	,961	61	,050
	Srednja škola	,118	70	,017	,968	70	,071
	Viša škola	,181	16	,170	,947	16	,437
	Visoka škola	,314	3	.	,893	3	,363

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Bračno stanje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Neudana/neo ženjen	,256	9	,092	,822	9	,036
	Udovac/ica	,173	67	,000	,936	67	,002
	Razveden/a	,153	8	,200*	,940	8	,609
	U braku	,156	66	,000	,919	66	,000
Socijalna usamljenost	Neudana/neo ženjen	,143	9	,200*	,946	9	,641
	Udovac/ica	,158	67	,000	,865	67	,000
	Razveden/a	,208	8	,200*	,928	8	,502
	U braku	,157	66	,000	,849	66	,000
Usamljenost u ljubavi	Neudana/neo ženjen	,232	9	,175	,877	9	,147
	Udovac/ica	,130	67	,007	,961	67	,032
	Razveden/a	,185	8	,200*	,916	8	,402
	U braku	,247	66	,000	,724	66	,000
Usamljenost u obitelji	Neudana/neo ženjen	,185	9	,200*	,900	9	,251
	Udovac/ica	,159	67	,000	,888	67	,000

	Razveden/a	,241	8	,192	,911	8	,363
	U braku	,260	66	,000	,683	66	,000
	Neudana/neo ženjen	,246	9	,123	,876	9	,143
Fizička skrb	Udovac/ica	,076	67	,200*	,990	67	,852
	Razveden/a	,198	8	,200*	,943	8	,644
	U braku	,058	66	,200*	,988	66	,774
	Neudana/neo ženjen	,146	9	,200*	,931	9	,493
Psihološka skrb	Udovac/ica	,079	67	,200*	,988	67	,747
	Razveden/a	,138	8	,200*	,938	8	,595
	U braku	,065	66	,200*	,989	66	,827
	Neudana/neo ženjen	,166	9	,200*	,966	9	,854
Emocionalna skrb	Udovac/ica	,147	67	,001	,957	67	,021
	Razveden/a	,296	8	,037	,824	8	,051
	U braku	,107	66	,059	,970	66	,105
	Neudana/neo ženjen	,161	9	,200*	,928	9	,460
Duhovna skrb	Udovac/ica	,126	67	,011	,969	67	,088
	Razveden/a	,222	8	,200*	,897	8	,273
	U braku	,093	66	,200*	,946	66	,006

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Mjesto stanov anja	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala	Grad	,177	31	,014	,910	31	,013
samopoštovanja	Selo	,139	119	,000	,934	119	,000
Socijalna usamljenost	Grad	,114	31	,200*	,951	31	,163
	Selo	,148	119	,000	,858	119	,000
Usamljenost u ljubavi	Grad	,187	31	,007	,894	31	,005
	Selo	,148	119	,000	,901	119	,000
Usamljenost u obitelji	Grad	,180	31	,012	,868	31	,001
	Selo	,195	119	,000	,820	119	,000
Fizička skrb	Grad	,122	31	,200*	,970	31	,523
	Selo	,066	119	,200*	,987	119	,332
Psihološka skrb	Grad	,103	31	,200*	,969	31	,488
	Selo	,062	119	,200*	,990	119	,581

Emocionalna skrb	Grad	,103	31	,200*	,970	31	,523
	Selo	,124	119	,000	,958	119	,001
Duhovna skrb	Grad	,179	31	,013	,929	31	,041
	Selo	,111	119	,001	,962	119	,002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Vrsta domaćinstva	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,169	34	,015	,927	34	,026
	Domaćinstvo s više članova	,131	116	,000	,935	116	,000
Socijalna usamljenost	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,118	34	,200*	,954	34	,165
	Domaćinstvo s više članova	,153	116	,000	,842	116	,000
Usamljenost u ljubavi	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,177	34	,008	,917	34	,013
	Domaćinstvo s više članova	,161	116	,000	,883	116	,000
Usamljenost u obitelji	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,211	34	,001	,912	34	,010
	Domaćinstvo s više članova	,219	116	,000	,776	116	,000
Fizička skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,111	34	,200*	,975	34	,597
	Domaćinstvo s više članova	,061	116	,200*	,991	116	,611
Psihološka skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,113	34	,200*	,962	34	,281
	Domaćinstvo s više članova	,068	116	,200*	,988	116	,392
Emocionalna skrb	Samačko domaćinstvo (živim sam/a)	,154	34	,040	,949	34	,111

	Manje od 1000 kn	,243	8	,182	,895	8	,258
Rosenbergova skala	Od 1000-2400 kn	,117	78	,010	,951	78	,004
	Od 2400-3400 kn	,166	45	,003	,920	45	,004
samopoštovanja	Od 3400-4500 kn	,241	14	,027	,763	14	,002
	Više od 4500 kn	,414	5	,005	,734	5	,021
	Manje od 1000 kn	,163	8	,200*	,931	8	,529
Socijalna usamljenost	Od 1000-2400 kn	,117	78	,010	,895	78	,000
	Od 2400-3400 kn	,150	45	,013	,907	45	,002
	Od 3400-4500 kn	,228	14	,046	,805	14	,006
	Više od 4500 kn	,327	5	,085	,794	5	,073
	Manje od 1000 kn	,231	8	,200*	,903	8	,309
Usamljenost u ljubavi	Od 1000-2400 kn	,162	78	,000	,918	78	,000
	Od 2400-3400 kn	,154	45	,009	,884	45	,000
	Od 3400-4500 kn	,274	14	,005	,774	14	,002
	Više od 4500 kn	,305	5	,144	,828	5	,133
	Manje od 1000 kn	,154	8	,200*	,948	8	,690
Usamljenost u obitelji	Od 1000-2400 kn	,176	78	,000	,845	78	,000
	Od 2400-3400 kn	,204	45	,000	,804	45	,000
	Od 3400-4500 kn	,273	14	,006	,748	14	,001
	Više od 4500 kn	,316	5	,116	,693	5	,008
	Manje od 1000 kn	,169	8	,200*	,969	8	,888
	Od 1000-2400 kn	,074	78	,200*	,983	78	,404
Fizička skrb	Od 2400-3400 kn	,095	45	,200*	,971	45	,319
	Od 3400-4500 kn	,141	14	,200*	,958	14	,690
	Više od 4500 kn	,329	5	,082	,744	5	,026
	Manje od 1000 kn	,179	8	,200*	,938	8	,592
	Od 1000-2400 kn	,069	78	,200*	,986	78	,524
Psihološka skrb	Od 2400-3400 kn	,080	45	,200*	,981	45	,677
	Od 3400-4500 kn	,180	14	,200*	,963	14	,768
	Više od 4500 kn	,199	5	,200*	,967	5	,858
	Manje od 1000 kn	,200	8	,200*	,931	8	,529
Emocionalna skrb	Od 1000-2400 kn	,097	78	,069	,965	78	,029
	Od 2400-3400 kn	,094	45	,200*	,960	45	,123
	Od 3400-4500 kn	,162	14	,200*	,957	14	,666
	Više od 4500 kn	,454	5	,001	,624	5	,001
	Manje od 1000 kn	,175	8	,200*	,965	8	,856
	Od 1000-2400 kn	,110	78	,020	,965	78	,032
Duhovna skrb	Od 2400-3400 kn	,107	45	,200*	,980	45	,616
	Od 3400-4500 kn	,199	14	,139	,899	14	,111
	Više od 4500 kn	,248	5	,200*	,888	5	,349

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kako općenito opisujete svoje zdravstveno stanje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova skala samopoštovanja	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,236	9	,158	,798	9	,019
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,140	119	,000	,933	119	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,109	22	,200*	,972	22	,767
Socijalna usamljenost	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,190	9	,200*	,905	9	,279
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,128	119	,000	,881	119	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,188	22	,043	,858	22	,005
Usamljenost u ljubavi	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,239	9	,147	,912	9	,333
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,147	119	,000	,893	119	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,171	22	,095	,905	22	,038
Usamljenost u obitelji	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,285	9	,034	,725	9	,003
	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,197	119	,000	,816	119	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,161	22	,142	,878	22	,011
Fizička skrb	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,206	9	,200*	,922	9	,411

	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,078	119	,073	,982	119	,123
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,147	22	,200*	,968	22	,671
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,247	9	,119	,861	9	,097
Psihološka skrb	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,060	119	,200*	,991	119	,624
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,155	22	,180	,972	22	,756
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,155	9	,200*	,955	9	,750
Emocionalna skrb	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,129	119	,000	,952	119	,000
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,096	22	,200*	,962	22	,523
	Izvršno (nemam zdravstvenih poteškoća)	,188	9	,200*	,946	9	,647
Duhovna skrb	Dobro (imam samo lakše povremene smetnje)	,075	119	,098	,979	119	,061
	Zabrinjavajuće (imam neku težu bolest)	,151	22	,200*	,889	22	,018

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



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

Priimek in ime študenta	Canjuga Irena
Vpisna številka	31131313
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	Socialna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije
Naslov v angleščini:	Social and emotional loneliness among elderly and developing models of prevention
Mentor:	Prof.dr. sc. (Republika Finska) Danica Železnik
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom Socialna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije 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 plagiatorstvo – 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,

Podpisana Irena Canjuga 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:

26. 8.2017.

Podpis študent/ke:

Irena Canjuga



POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

Ines Ercegovac

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

profesor hrvatskoga jezika i književnosti i komparativne književnosti

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

Irene Canjuga

z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Kraj: Varaždin

Datum: 21. 8. 2017.

Podpis:

Ines Ercegovac, prof.



PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
OKVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Priimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/trete (podčrtaj) stopnje pripravljam diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik

in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):
Caritasov dom Sv. Ivan Krstitelj Ivanec

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec, zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, terminska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su: SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

Instrument

Potrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____ Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____ Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

Caritasov dom Sv. Ivan Krstitelj Ivanec

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto):

TOHISLAV JALŠOVEC, DIPL. SOC. PEDAGOG, RAVNATELJ



tel.: 042 770 677 e-naslov: ravnatelj@caritasov-dom-ivanec.hr

Študentu/ki: IRENA CANJUGA (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

ODLUKA RAVNATELJA OD 9. VEČIARJE 2017.

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Kraj in datum: IVANEC, 12. 06. 2017.

CARITASOV DOM²
za starejše i nemočne osebe
Op. Ivan Kristof Ivanec
42240 IVANEC, Kukuljevičeva 8



PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
OKVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Preimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/tretje (podčrtaj) stopnje pripravljam diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik

in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):
Dom za starije i nemoćne osobe Matija

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec, zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, terminska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su: SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

- Instrument
- Potrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____

Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____

Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

Dom za starije i nemoćne osobe Matija

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): _____

ZDRAVCO ŠENUGA, ravnatelj

tel.: 012 722 012 , e-naslov: dom - matija . hr

Študentu/ki: IRENI ČANJUGA (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljuate, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:



Dom za starije i
nemočne osebe

Kraj in datum: Babinec, 16. 03. 2017.

Matija
Babinec



PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
OKVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Priimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/tretje (podčrtaj) stopnje pripravljam
diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik
in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):
Dom za starije osebe Novi život

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec,
zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, terminska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su:
SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

Instrument

Potrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____

Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____

Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

Dom za starije osebe Novi život

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): KRISTINA RODES ✓

ZAHJENICA RAVNATELJICE

tel.: 042/250-200, e-naslov: dom@novi-zivot.com

Študentu/ki: _____ (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven.
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: DOM ZA STARJE I NEVARNOSTNE OSOBE
NOVI ŽIVOT
Ustanova, ustanovljena s Sklepi Društva *Bodri Kuzčino*
Kraj in datum: *U. Rodoru 05.06.2017*



PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
OKVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Priimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/tretje (podčrtaj) stopnje pripravljam diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik

in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):

Dom za starije osebe NOVINŠČAK

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec, zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, termimska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su: SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

Instrument

• Potrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____

Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____

Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

Dom za starije osebe NOVINŠČAK

DOM NOVINŠČAK
ČAKOVEC, Mihovljanska 46c

1 *1020*

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): ERISTINA VOŽAR, RAVNATELJ USTANOVE

tel.: 040/386-505, e-naslov: kristina.vozar@domnovinscak.hr

Študentu/ki: IRENA ČANUŠA (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah Šole in izven
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

STRUČNO VIJEDE ŽOKA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE NOVINSČAK, 15. 04. 2017, jedi

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: _____

Kraj in datum: Čakovec, 05. 06. 2017.

DOM NOVINSČAK
ČAKOVEC, Mihovljanska 46c
1
Vozar

PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
KVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Priimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/tretje (podčrtaj) stopnje pripravljam
diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik

in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):
Dom za starije i nemoćne osobe, Dom Sv. Ane

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec
zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, terminska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su
SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

Instrument

• Potvrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____

Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____

Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

Dom za starije i nemoćne osobe, Dom Sv. Ane

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto):

BARBARA ANTOLIĆ RUPČA,
Ud. ravnateljica

tel.: 0421 725122, e-naslov: domsvetke@jmail.com

Študentu/ki: IRENA ČAVIČKA (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

STRUČNO OTEDE DOHA SV. ANE 15.04.2017

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Kraj in datum: Babinec, 05.06.2017.





PROŠNJA ZA PRIDOBITEV SOGLASJA ZAVODA ZA RAZISKOVANJE V
OKVIRU ZAKLJUČNEGA DELA NA ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, MARIBOR

Priimek in ime študenta:	Irena Canjuga
E-pošta:	Irena.canjuga@unin.hr
Mobilna številka:	095/5572816
Študijski program	Socijalna gerontologija
Bolonjska stopnja (obkroži)	1. bolonjska stopnja 2. bolonjska stopnja 3. bolonjska stopnja

Na AMEU-ECM, na študijskem programu prve/druge/tretje (podčrtaj) stopnje pripravljam diplomsko/magistrsko/doktorsko (podčrtaj) delo z naslovom:

Socijalna i emocionalna usamljenost kod osoba starije životne dobi i razvoj modela prevencije

Pod mentorstvom: prof. dr. Danica Železnik

in somentorstvom: _____

Prosim za soglasje k izvedbi raziskave v zavodu (navedite naziv zavoda, organizacijsko enoto/področje):
Dom za starije i nemočne osebe Varaždin

Raziskovalna metodologija (navedite izbrano metodo raziskovanja, uporabljen instrument, predvideni vzorec, zagotavljanje anonimnosti in etičnosti raziskave, terminska izvedba raziskave):

Predvideno je oko 50 ispitanika u navedenoj ustanovi. Instrumenti koji su predvideni za istraživanje su: SELSA-S skala, Rosenbergova skala samopoštovanja i skala samozbrinjavanja

Priloge:

- Instrument
- Potrjena dispozicija s strani Komisije za študijske zadeve Alma Mater Europaea, AMEU

Podpis mentorja: _____ Podpis študenta: _____

Podpis somentorja: _____

Datum: _____ Datum: _____

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

Dom za starije i nemočne osebe Varaždin

VARAŽDIN

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): _____ Zavojna 6

MILIVOJ KOLOVIĆ, MAG O.C., ZAVOJA 6 17

tel.: 092 407-257, e-naslov: vavratelj@domzastarije.univara.hr

Študentu/ki: IRENA CANJUGA (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: _____

Kraj in datum: _____

Varaždin, 14. 06. 2017.

