

Istraživanje stavova o osobama starije dobi u srednjoškolaca strukovnih škola u Zagrebu

Mijoč, Vesna

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:462967>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vesna Mijoč

**Istraživanje stavova o osobama starije dobi u
srednjoškolaca strukovnih škola u Zagrebu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vesna Mijoč

**Istraživanje stavova o osobama starije dobi u
srednjoškolaca strukovnih škola u Zagrebu**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za obiteljsku medicinu, pod vodstvom doc. prim. dr. sc. Đurđice Kašuba Lazić, dr. med. spec. obiteljske medicine, na temelju provedenog istraživanja u strukovnim srednjim školama u gradu Zagrebu.

SAŽETAK

Promjene koje donosi proces starenja, kao što su odlazak u mirovinu, funkcionalna nesposobnost, povećani rizici od bolesti i invalidnosti, financijska ovisnost, socijalna isključenost, gubitak bliskih osoba i slično, rezultiraju potrebom starijih ljudi za potporom obitelji i zajednice, ali i potrebom za organiziranim mjerama kako lokalne, tako i šire društvene zajednice, odnosno za razvojem mreža i oblika pristupanja brizi i skrbi o starijim i nemoćnim osobama.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove i saznanja učenika u strukovnim školama, kada su u pitanju procesi starenja. Rezultati su pokazali da stanovanje sa starijim osobama utječe na pozitivnu ili negativnu sliku o starijim osobama, s tendencijom prema pozitivnoj slici. Uočena je statistički značajna razlika u stavovima o starenju kod muških i ženskih ispitanika. Muški ispitanici pokazali su ukupno gledano negativnije stavove u vezi sa starenjem, što se može protumačiti društveno stereotipnim ulogama, kod kojih muškarci sebi ne dozvoljavaju nemoć i teže je prihvaćaju od žena.

Briga za starije osobe odgovornost je cjelokupnog društva, s obzirom na to da starenje stanovništva utječe na ukupni gospodarski razvoj te na taj način odnos prema starijoj populaciji utječe na društvenu interakciju, život općenito, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku.

Dobiveni rezultati mogu poslužiti kao uvod u daljnja i cjelovitija istraživanja s ciljem daljnjeg razvoja gerontologije.

SUMMARY

Changes caused by aging, such as retirement, functional disability, increased risk of disease and disability, financial dependence, social exclusion, loss of close person, etc., resulting in a need of old people to be supported by the family, community, and organized local measures and the wider community measures or the development of networks and forms of accession to the care and welfare of the elderly people.

The aim of this study was to find out how high-school students in vocational schools perceive and what do they know about the the aging process. Housing with the elderly affects positive or negative image of older people, with tendency to positive image. There is a statistically significant difference in attitudes about aging in male and female subjects in a way that the male participants showed overall negative attitudes about aging, which can be

interpreted with socially stereotyped roles in which men do not allow themselves impotence and they accept it harder than women.

Caring for the elderly is a responsibility of the whole society, since the aging of the population affects the overall economic development, and thus relationship to the older population affects social interaction, life in general, health care, employment and social policy. The results can serve as a prelude to further and more complete research on the detection of factors cause aging of discrimination in society, and to focus further development of gerontology.

Sadržaj

| | |
|--|----|
| <u>1. UVOD</u> | 1 |
| <u>1.1. Pozadina rada</u> | 1 |
| <u>1.2. Proces starenja stanovništva</u> | 2 |
| <u>1.2.1. Obilježja demografskog procesa starenja u svijetu i u Hrvatskoj</u> | 3 |
| <u>1.3. Legislativna osnova položaja starijih osoba</u> | 9 |
| <u>1.3.1. Načela UN-a o skrbi za starije osobe</u> | 9 |
| <u>1.3.2. Zdravstvena zaštita starijih osoba</u> | 11 |
| <u>1.3.3. Perspektive i preporuke daljnjeg razvoja pravne pozicije starijih osoba</u> | 12 |
| <u>1.4. Promjene u starosti i izazovi starenja</u> | 13 |
| <u>1.5. Stereotipi i predrasude o starijim osobama</u> | 16 |
| <u>2. PRIKAZ POSLJEDNJEG STADIJA ODRASLOG ŽIVOTA IZ VIŠE ASPEKATA</u> | 18 |
| <u>2.1. Osobine ličnosti i starenje</u> | 18 |
| <u>2.2. Međuovisnost pojavnosti depresije uslijed funkcionalne nesposobnosti i starenja</u> | 19 |
| <u>2.3. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe</u> | 21 |
| <u>2.4. Funkcionalna nesposobnost starijih osoba kao činitelj rizika izloženosti nasilju u obitelji</u> | 23 |
| <u>3. DOSTOJANSTVO STARENJA</u> | 25 |
| <u>3.1. Važnost primjene hospicijskog duha u procesu starenja</u> | 25 |
| <u>3.2. Proces umiranja</u> | 30 |
| <u>3.2.1. Pet faza umiranja prema Kuebler - Ross</u> | 30 |
| <u>3.2.2. Alternativna gledišta</u> | 31 |
| <u>3.2.3. Problem otvorene komunikacije s umirućim</u> | 32 |
| <u>3.2.4. Psihološki aspekti umiranja i smrti</u> | 32 |
| <u>4. DEFINIRANJE PROBLEMA ISTRAŽIVANJA</u> | 34 |
| <u>4.1. Cilj istraživanja</u> | 36 |
| <u>4.2. Hipoteze</u> | 36 |
| <u>4.3. Ispitanici i metode</u> | 36 |
| <u>4.3.1. Ispitanici</u> | 36 |
| <u>4.3.2. Instrumenti</u> | 37 |
| <u>4.3.3. Postupak</u> | 37 |
| <u>5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA</u> | 37 |
| <u>6. RASPRAVA</u> | 50 |

| | |
|---------------------------|----|
| <u>7. ZAKLJUČAK</u> | 53 |
| 8. LITERATURA..... | 56 |
| <u>Prilog</u> | 61 |

1. UVOD

1.1. Pozadina rada

Tijekom prošlosti ljudi su oduvijek pokušavali pomoći jedni drugima u teškim trenucima, posebno svojim bližnjima, nastojeći olakšati vrijeme njihove patnje, boli i umiranja. Zbog toga se u različitim kulturama, pa tako i u našoj, počelo brinuti o smještaju takvih bolesnika u ustanove koje su poznate pod nazivom *hospiciji*. Pojam *hospicij* upotrebljava se danas za određeno shvaćanje medicinske, njegovateljske i duhovne skrbi, određeni stav prema smrti i skrbi za umirućeg (prema Eser, von Lutterotti i Sporcken, 1989). Pod pojmom palijativna njega, ili djelotvorno ublažavanje boli, podrazumijeva se medicinsko umijeće u optimalnoj stručnoj primjeni lijekova kako bi se uklonila ili ublažila bol i unaprijedila kvaliteta života. Kvalitetna medicinska palijativna njega i hospicijska ljudska pažnja omogućuju cjelovitu ljudsku brigu i ljubav prema teškom bolesniku i prema umirućem. To je ostvarivanje kulture života na tom području. Čovjek živi i dok umire.

Smrt, koja za sobom nerijetko donosi bol i patnju sastavni je dio života i takvom je moramo prihvatiti. Ukoliko je prihvatimo i imamo pozitivan stav prema bolesti i boli, bit ćemo u mogućnosti objektivno i s dostojanstvom pristupiti teškim i umirućim bolesnicima. Bol je vrlo korisna kao alarm na fiziološkom području, gdje upozorava da nešto nije u redu i zapravo je u službi zdravlja i života. Ne osjećati bol spada u opasnu bolest.

Bol je tjelesni i emocionalni osjet koji se pojavljuje kao kušnja ljudske zrelosti: kad je prihvaćena, mijenja svjetonazore o stvarnosti života i smrti, ali i budi solidarnost s onim koji trpi. Dok je čovjek teško bolestan i svaki dan pomalo umire, priprema se za trenutak konačne smrti. *Umijeće umiranja tvori cjelinu s umijećem življenja: Ars vivendi – Ars moriendi* (prema Prozaić, V., 2009, str. 121.).

1.2. Proces starenja stanovništva

U demografskoj teoriji postoji nekoliko definicija procesa starenja stanovništva. Najčešće se pod tim pojmom podrazumijeva porast broja i povećanje udjela stanovništva starijeg od 60 (ili 65) godina u ukupnom stanovništvu. Uzroci starenja su snižavanje nataliteta i snižavanje mortaliteta. Intenzitet starenja uvjetovan je, ne samo porastom udjela starih u ukupnom stanovništvu, već i promjenama unutar radnog kontingenta kao i smanjenjem udjela mladih.

Struktura stanovništva prema dobi, ili starosna struktura stanovništva kako je još nazivamo, otkriva nam broj stanovnika u pojedinim dobnim grupama. Osim toga, ona je odličan pokazatelj povijesnog razvoja stanovništva tijekom duljeg vremenskog razdoblja. U njoj se odražava zajedničko djelovanje svih onih čimbenika koji određuju ukupno kretanje stanovništva.

Četiri su uzroka starenja stanovništva (prema Preporuci Rec, 2003):

a) *Opadanja nataliteta* - što je natalitet veći, više je mladog stanovništva, a prosječna dob niža. Smanjivanjem nataliteta mlađe su generacije postale malobrojnije, sužava se baza dobne piramide. Tako dolazi do *starenja odozdo*, jer umjesto brojnijih generacija dolaze one manje brojne, dok brojnije generacije rođene u doba visokog nataliteta postaju sve starije.

b) *Pad mortaliteta* - stopa mortaliteta znatno je manja u svakoj dobnj skupini nego nekada. Uslijed toga ljudi žive duže. Nestale su neke bolesti (posebno epidemije i zarazne bolesti). Nesreće su rjeđe, a radna mjesta sigurnija. Bolja je i prehrana i uvjeti stanovanja. Glavni uzrok smrti danas su osim degenerativnih bolesti, posebno kardiovaskularne bolesti i tumori.

c) *Migracije* - migracije su uzrok starenja u krajevima iz kojih se odlazi. Emigracije utječu na strukturu stanovništva zato jer odlazi najviše mladog stanovništva (u dobi od 20 do 40 godina).

d) *Ratovi* - imaju utjecaj na dobnu strukturu jer uglavnom gine mlado stanovništvo. Najveći utjecaj imali su Prvi i Drugi svjetski rat, kao i određeni demografski gubitci u Domovinskom ratu. Tijekom ratova rađa se manje djece (prema Zupac, 2010).

1.2.1. Obilježja demografskog procesa starenja u svijetu i u Hrvatskoj

Proces starenja stanovništva prisutan je svugdje u svijetu, prvenstveno u razvijenim zemljama. U zemljama u razvoju to je relativno noviji problem koji je došao do izražaja osamdesetih godina dvadesetoga stoljeća. Danas većinu razvijenih zemalja karakteriziraju niske stope fertiliteta, odnosno nataliteta, što je posljedica demografske tranzicije. Povećanju udjela staračkog kontingenta u ukupnom stanovništvu doprinijelo je produljenje životnog vijeka. Veliku ulogu u povećanju očekivanog trajanja života uz poboljšanje društveno-gospodarskih uvjeta imali su i pronalasci na području medicine, pogotovo u prevenciji i liječenju, što je rezultiralo opadanjem mortaliteta. Proces starenja stanovništva se stalno intenzivira i prisutan je u gotovo svim zemljama svijeta. Intenzitet starenja uvjetovan je ne samo porastom udjela starih u ukupnom stanovništvu, već istodobno i promjenama unutar radnog kontingenta, kao i smanjenjem udjela mladih. Danas se proces starenja stanovništva prvenstveno proučava u razvijenim zemljama, koje se nalaze u posttranzicijskoj etapi razvoja stanovništva, u kojoj je razina fertiliteta vrlo niska te je povećanje starog stanovništva u njima određeno gotovo isključivo smanjivanjem mortaliteta. Kao što je istaknuto, riječ je o posttranzicijskoj etapi procesa demografske tranzicije koja je uvjetovana modernizacijom društva i društveno-gospodarskim razvojem: industrijalizacija, urbanizacija, širenje obrazovanja i širenje zdravstvene zaštite (prema Wertheimer–Baletić, 2008). Niski fertilitet, vodi sve većem smanjenju udjela mlađe populacije, što će opet vrlo brzo, zbog smanjenog udjela stanovništva u reproduktivnoj dobi, dovesti do još većeg smanjenja nataliteta. Dugotrajno smanjivanje nataliteta ujedno je temeljna odrednica procesa starenja stanovništva .

Procjene Ujedinjenih naroda pokazuju da je u 2006. godini broj starijih osoba u svijetu premašio sedamsto milijuna. Do 2050. godine procjenjuje se da će ih biti oko dvije milijarde, što znači da će se njihov broj utrostručiti u razdoblju od pedeset godina. Naime, udio starije populacije u svijetu raste po stopi od 2,6 % godišnje, što je značajno više od stope rasta ukupnog stanovništva koje raste po stopi od 1,1 % godišnje. Osobito je značajna brzina pojave navedene tranzicije. Brzina starenja stanovništva veća je u zemljama u razvoju nego u razvijenim zemljama (prema UN, 2007).

Europi (EU-15) je trebalo sto dvadeset godina da krene na put od mladog prema zreloom stanovništvu, što je postignuto 2000. godine. Takav pomak u proporciji mladih i starih

dogodit će se u Aziji za manje od dvadeset pet godina. Tako je, na primjer, u Francuskoj udio osoba starijih od šezdeset godina porastao sa 7 % na 14 % za sto godina, dok se taj porast u Japanu dogodio za trideset godina. Brzina starenja stanovništva bit će još veća u manje razvijenim zemljama i tranzicijskim ekonomijama (poput Tajlanda, Kenije, Meksika, Zimbabvea, Indije, Kine i Brazila) (prema Harper, 2006). Stoga će do 2045. godine broj osoba starijih od šezdeset godina u svijetu po prvi puta u povijesti premašiti broj djece (osoba mlađih od petnaest godina). Poseban problem predstavlja i činjenica da sve više stari starački kontingent, odnosno raste udio srednje starog stanovništva (70+ ili 75+) i udio najstarijeg stanovništva (85+). Tako među osobama starijim od šezdeset godina najbrže raste udio najstarijih, odnosno onih preko osamdeset godina i to po godišnjoj stopi od 3,9 %. Trenutačno 40 % osoba starijih od osamdeset godina živi u Aziji (od čega gotovo 16 % samo u Kini), 30 % u Europi i 13 % u SAD-u (Harper 2006). Predviđa se da će se demografska tranzicija u zemljama u razvoju nastaviti u sljedećim stoljećima.

S obzirom na to da je proces demografske tranzicije ponajprije zahvatio razvijene zemlje, posebno europske zemlje, udio staračkog kontingenta u ukupnom stanovništvu Europe prednjačio je pred ostatkom svijeta. U tom pogledu broj osoba starijih od šezdeset godina u Europi premašio je broj djece 1995. godine, a očekuje se da će do 2050. godine Europa imati dvostruko više starijih osoba nego djece. Naime, u budućnosti se očekuje da će u Europi rasti samo udio starijih osoba, dok se očekuje smanjivanje udjela stanovnika mlađih od šezdeset godina.

Najmanji udio osoba starijih od šezdeset godina, značajno manji od prosjeka Europe, imat će Danska i Velika Britanija (prema UN, 2007). O tome da je u Europi znatno uznapredovala demografska recesija svjedoči podatak prema kojem su europske zemlje 2003. godine zabilježile prirodni pad stanovnika od šezdeset tri tisuće. Međutim, Europa je u 2003. godini primila dva milijuna imigranata iz izvaneuropskih zemalja pa je zahvaljujući njima zabilježen ukupan porast od oko 1,9 milijuna stanovnika. Najveći priljev imigranata iz drugih zemalja zabilježen je u razvijenim zapadnoeuropskim zemljama, dok su postsocijalističke, tranzicijske zemlje, uglavnom imale negativan migracijski saldo, dakle više iseljenih nego useljenih stanovnika. O udjelu prirodnog priraštaja i imigracije u kretanju stanovništva u dvije polarne skupine (s najvećim i najmanjim porastom broja stanovnika) od po deset europskih zemalja prognoze govore nepovoljno. Prema umjerenim proračunima stručnjaka Ujedinjenih naroda, u svih pet europskih regija doći će do opadanja broja stanovnika, demografska

recesija bit će najveća u Ruskoj federaciji te u istočnoj i južnoj Europi. S druge strane, sjeverna i zapadna Europa imat će povoljniju demografsku situaciju. Što se tiče Hrvatske, prema podacima Vijeća Europe u 2002. godini, naša je zemlja zadržala broj stanovnika na istoj razini, a negativan prirodni prirast (-0,2) kompenziran je doseljavanjem stanovnika (+0,2) iz susjednih država.

Populacijska slika Hrvatske odraz je kolopleta demografskih kretanja i društvenih zbivanja kroz stoljeća, ali posebnu ulogu u njezinu stvaranju imaju prilike u posljednjih šezdeset godina. Početkom devedesetih Hrvatska ulazi u jednu od specifičnijih etapa svoga demografskog razvoja. Agresija na Hrvatsku i rat na njezinu teritoriju, uz neminovan utjecaj na opće društvene značajke i procese, posebice su pogodili demografska kretanja, izazivajući poremećaje i ubrzavajući negativne trendove.

Stanovništvo Hrvatske karakteriziraju: smanjujući fertilitet, prirodna depopulacija (negativni prirodni prirast), emigracijska depopulacija, ukupna depopulacija (nakon 1990.) i izrazito starenje stanovništva. Navedeni procesi traju dosta dugo, tako da se može govoriti o vrlo nepovoljnome demografskom razvoju stanovništva Hrvatske (prema Wertheimer-Baletić, 2003). Promjene u dobnom sastavu stanovništva Hrvatske sadržavaju dva usporedna globalna demografska procesa: smanjivanje udjela mladih uz istovremeno povećavanje udjela starog stanovništva.

Iz *Tablice 1.* preuzete iz Državnog zavoda za statistiku, jasno se vidi trend smanjivanja udjela mladog i odraslog, a povećanje starijeg stanovništva. Usporedba podataka triju popisa pokazuje da stanovništvo Hrvatske obilježavaju vrlo brzo starenje i visoki stupanj ostarjelosti. Indeks promjene 1981.-2011. jasno pokazuje smanjenje broja mladih (do 34 godine, s posebno jakim smanjenjem najmlađih skupina), a s druge strane povećanje broja starih stanovnika, posebice najstarijih dobnih skupina. U posljednjemu međupopisnom razdoblju (2001.–2011.) došlo je do osjetnog smanjenja udjela mladog stanovništva, a znakovito se povećao udio starog stanovništva. Podaci popisa iz 2011. pokazuju da je udjel mladih 0–14 godina 15,2 % (2001. godine 17,1 %), mladih 0–19 godina 20,9 % (2001. godine 23,8 %), udjel starih u dobi 60 i više 24,1 % (2001. godine 21,6 %), a udjel starih 65 i više 17,7 % (2001. godine 15,7 %). Posebno su zanimljivi podaci o promjeni udjela pojedinih funkcionalnih dobnih kontingenata u ukupnom stanovništvu jer upućuju na nastavak dosadašnjih trendova starenja ukupnog stanovništva, kao i na intenzitet promjene u dobnim

kontingentima (takozvano parcijalno starenje). Visoki porast udjela staračkog stanovništva, posebice starijeg dijela toga kontingenta, pokazuje da se Hrvatska približila stanju u razvijenim europskim zemljama, u kojima (barem u većini njih) u ukupnome starom stanovništvu znatno brže raste udio osoba u starijoj dobnoj skupini staračkoga kontingenta.

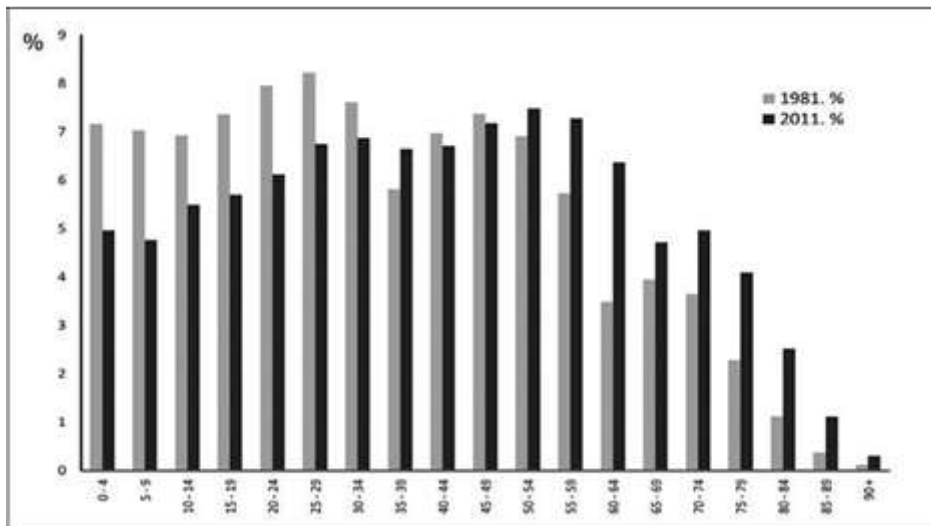
Prosječna životna dob (starost) stanovništva Hrvatske stalno raste. Godine 1961. bila je 32,5 godina; 1971. godine 34,1; 1981. godine 35,4; 1991. godine 37,1 (izračunato iz podataka u SLJH-92); 2001. bila je 39,3 godine, da bi u 2011. dosegla visokih 41,7 godina, kao npr. u Finskoj (41,6) i Švedskoj (41,1).

Trend porasta udjela starijeg stanovništva u Republici Hrvatskoj jasno se vidi iz *Slike 1.* koja prikazuje sastav stanovništva po dobnim skupinama u dva različita popisa stanovništva provedenih 1981. i 2011. godine.

Tablica 1. Sastav stanovništva Hrvatske prema dobi, po petogodišnjim dobnim skupinama 1981., 2001. i 2011. i pokazatelj promjene 2011./1981.

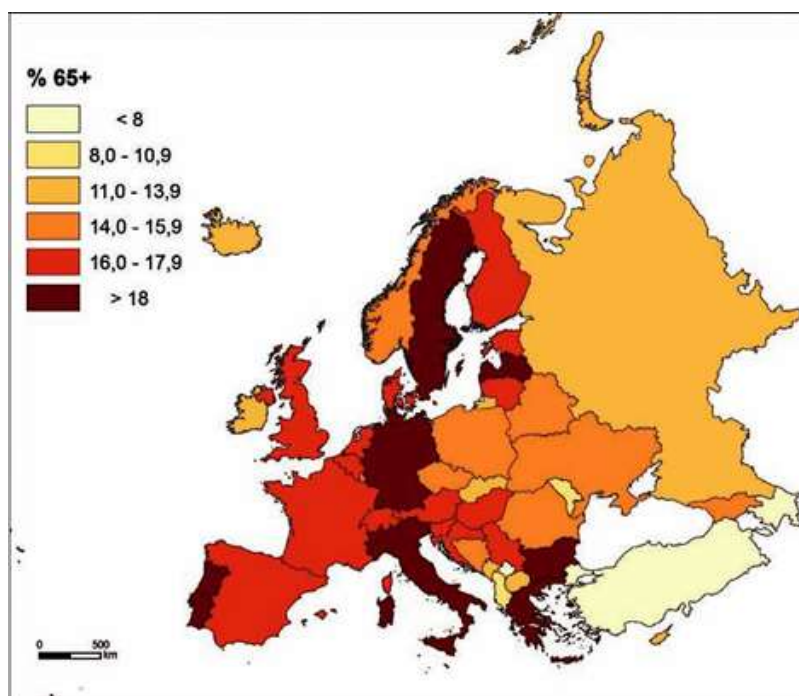
| Dobne skupine | GODINA | | | | Indeks promijene udjela 2011./1981. |
|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|-------------------------------------|
| | 1981. | 2001. | 2011. | | |
| | % | % | % | broj | |
| 0 – 4 | 7,16 | 5,37 | 4,96 | 212.709 | 69,2 |
| 5 – 9 | 7,03 | 5,62 | 4,77 | 204.317 | 67,9 |
| 10 – 14 | 6,92 | 6,09 | 5,49 | 235.402 | 79,3 |
| 15 – 19 | 7,36 | 6,76 | 5,70 | 244.177 | 77,4 |
| 20 – 24 | 7,95 | 6,91 | 6,11 | 261.658 | 76,9 |
| 25 – 29 | 8,22 | 6,66 | 6,75 | 289.066 | 82,1 |
| 30 – 34 | 7,61 | 6,69 | 6,87 | 294.619 | 90,3 |
| 35 – 39 | 5,81 | 7,18 | 6,64 | 284.754 | 114,3 |
| 40 – 44 | 6,97 | 7,55 | 6,70 | 286.933 | 96,1 |
| 45 – 49 | 7,37 | 7,55 | 7,18 | 307.561 | 97,4 |
| 50 – 54 | 6,91 | 6,78 | 7,48 | 320.502 | 108,2 |
| 55 – 59 | 5,73 | 5,20 | 7,28 | 311.818 | 127,1 |
| 60 – 64 | 3,48 | 5,93 | 6,37 | 272.740 | 183,0 |
| 65 – 69 | 3,95 | 5,73 | 4,71 | 202.002 | 119,2 |
| 70 – 74 | 3,65 | 4,61 | 4,96 | 212.401 | 135,9 |
| 75 – 79 | 2,28 | 3,11 | 4,10 | 175.526 | 179,8 |
| 80 – 84 | 1,11 | 1,29 | 2,52 | 108.104 | 227,0 |
| 85 – 89 | 0,37 | 0,70 | 1,11 | 47.641 | 300,0 |
| 90 – 94 | 0,10 | 0,23 | 0,25 | 10.758 | 250,0 |
| 95 i više | 0,02 | 0,04 | 0,05 | 2201 | 250,0 |
| Ukupno | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 4.284.889 | – |

Izvor: www.dzs.hr/ popis 2001. i popis 2011.; za 1981. SLJH-1992., DZS; prema: Nejašmić, I.; Toskić, A.; Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive; Hrvatski geografski glasnik 75/1 (2013.); str.91



Slika 1. Sastav stanovništva Hrvatske prema dobi, po petogodišnjim dobnim skupinama 1981. i 2011. *Izvor: Nejašmić, I.; Toskić, A.; Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive; Hrvatski geografski glasnik 75/1 (2013.); str.92*

Prema predočenim analitičkim pokazateljima, stanovništvo Hrvatske obilježava izrazito duboka starost, najnepovoljniji tip dobnog sastava prema upotrijebljenoj klasifikaciji. To vodi sve nepovoljnijemu demografskom stanju i razvoju stanovništva Hrvatske (prema Wertheimer–Baletić, 2003). U usporedbi s Europskim zemljama, Hrvatska se ubraja među zemlje s najstarijom populacijom. Našla se u društvu zemalja od kojih su neke već početkom dvadesetog stoljeća zabilježile demografsku starost; to su Francuska, Švedska i Norveška, koje su tada imale oko osam posto starih 65 i više godina. Prema recentnim podacima, Hrvatska se nalazi u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starih (65 i više godina) u ukupnom stanovništvu. Redosljed je sljedeći (%): Njemačka 20,6; Italija 20,3; Grčka 19,2; Portugal 19,1; Švedska 18,5; Bugarska 18,5; Latvija 18,4; Litva 17,9; Austrija 17,8; Hrvatska 17,7; Finska 17,5 (Eurostat, 2011). (Slika 2.)



Slika 2. Klasifikacija stanovništva europskih zemalja za 2012. prema udjelu starih 65 i više godina (prema podacima: PRB, 2012)

Izvor: Nejašmić, I.; Toskić, A.; Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive; Hrvatski geografski glasnik 75/1 (2013.); str. 92.

1.3. Legislativna osnova položaja starijih osoba

Starije su osobe zaštićene, kako u okviru domaćeg, tako i okviru međunarodnog prava. Kraći prikaz aspekata zaštite starijih osoba, bit će prikazan u nastavku, pri čemu treba imati u vidu kako je često prisutna diskrepancija u proklamiranim vrijednostima i pozicijama starijih osoba i njihove stvarnosti. Odnosno prisutan je jaz u odnosu na strukturalizam i legislativu, koja se često ni ne dotiče onih pravih životnih struktura i konstelacija, kroz koje starije osobe prolaze.

1.3.1. Načela Ujedinjenih naroda o skrbi za starije osobe

U svrhu ostvarenja načela neovisnosti, starijim osobama trebalo bi omogućiti sljedeće: ¹

- dostupnost prikladne hrane, vode, stanovanja, odjeće i zdravstvene skrbi kroz osiguranje dohotka, obiteljske podrške i potpore zajednice
- mogućnost rada ili pristup drugim aktivnostima kojima bi se osigurao dohodak

¹ www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/SearchByLang.aspx (22. 5. 2015.)

- mogućnost sudjelovanja u odlučivanju kada i prema kojem rasporedu će ići u mirovinu
- pristup odgovarajućim obrazovnim programima i programima obuke za stjecanje različitih vještina
- život u sigurnoj sredini koja se može prilagoditi osobnim potrebama i promijenjenim sposobnostima
- život u vlastitom domu što je duže moguće

U svrhu ostvarenja načela društvene ostvarenosti, starije osobe trebale bi:

- ostati sastavni dio društva, aktivno sudjelovati u tvorbi i provedbi politike koja izravno utječe na njihovo blagostanje, kao i podijeliti svoja znanja i vještine s mlađim naraštajima
- tražiti i stvoriti mogućnost za rad na korist svojoj društvenoj zajednici i za dragovoljno uključivanje u aktivnosti koje su primjerene njihovim interesima i sposobnostima
- organizirati pokrete ili udruge starijih ljudi

Starije osobe trebale bi po pitanju prava na skrb:

- imati koristi od svoje obitelji i zaštite i skrbi koju im pruža zajednica u skladu s društvenim stavom i kulturnim vrijednostima društva u kojem žive
- imati pristup socijalnim i zakonodavnim službama zbog poboljšanja samostalnosti, zaštite i skrbi
- moći koristiti odgovarajuće razine institucionalizirane skrbi kojom bi se osigurala zaštita, rehabilitacija te socijalni i društveni poticaji u humanoj i sigurnoj sredini
- moći ostvarivati ljudska prava i temeljne slobode tijekom boravka u bilo kakvoj ustanovi za skrb, liječenje ili prihvata starijih osoba, uključujući cjelovito poštovanje njihovih vjerovanja, dostojanstva, potreba i privatnosti, kao i prava na odlučivanje o vlastitoj skrbi i kvaliteti življenja.

Starije osobe po pitanju samoispunjenja trebale bi:

- imati mogućnost ostvarenja cjelovita razvitka vlastitih potencijala
- imati pristup obrazovnim, kulturnim, duhovnim i rekreacijskim sredstvima društva u kojem žive

Starije osobe po pitanju dostojanstva trebale bi:

- moći dostojanstveno i sigurno živjeti te biti zaštićeni od izrabljivanja i tjelesnog i duševnog zlostavljanja
- biti sigurni da će se s njima postupati pošteno, bez obzira na dob, rasnu ili etničku pripadnost, invaliditet ili drugi status, kao i da će biti cijenjeni bez obzira na svoj gospodarski doprinos.

1.3.2. Zdravstvena zaštita starijih osoba

Starije osobe čine posebnu kategoriju pučanstva unutar okvira pružanja zdravstvene zaštite, s obzirom na to da je riječ o osobama koje su zbog svoje dobi pojačano osjetljive, a vrlo često i funkcionalno ograničene. Ipak, ovdje treba naglasiti kako bolest i starost nisu sinonimi, što znači da svaka starija osoba ne mora nužno biti i bolešću vitalno ugrožena. Međutim, u većem broju slučajeva, starije osobe ipak češće pobolijevaju i češći su korisnici zdravstvene zaštite nego ostale kategorije pučanstva. Naravno, navedeno nije pravilo, budući da je proces starenja ipak individualan i ovisi o brojnim čimbenicima od kojih su neki genotipska i tjelesna osobitost svakoga pojedinca (1). Iz navedenog proizlazi da biološka i kronološka starost ne moraju biti pojmovi koji se neizostavno podudaraju. Starenje je proces kroz koji prolazi svaki pojedinac, a na nama samima ostaje brigom o vlastitom zdravlju ovaj proces usporiti, odnosno ubrzati. Pučanstvo Republike Hrvatske po klasifikaciji UN-a svrstano je u četvrtu skupinu država Europe s vrlo starom populacijom. U Hrvatskoj prema procjeni od 30. lipnja 2003. udio ljudi starijih od 65 godina iznosi dramatičnih 16,39 % od ukupne populacije (N=4.441,800), s dobno-spolnom diferencijacijom (muškarci 13,13 % i žene 19,43 %). Svjetska zdravstvena organizacija je također, slijedeći dobnu granicu od 65 godina, podijelila starost u nekoliko kategorija. Tako postoji ranija starost koja obuhvaća period od 65 do 74, srednja starost u kojoj se nalaze osobe od 75 do 84 te duboka starost koja se odnosi na dob od 85 i više godina. Zdravstvena zaštita starijih osoba, baš kao i zdravstvena zaštita ostalog dijela pučanstva u Republici Hrvatskoj, provodi se kroz odgovarajući sustav mjera, koje su većim dijelom sadržane u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ). Ova zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja, za sprečavanje bolesti i pravodobno liječenje te za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Također, iz samog ZZZ-a proizlazi da su starije osobe posebna kategorija korisnika zdravstvenih usluga, s obzirom na to da su za njih predviđene posebne mjere zdravstvene zaštite. Već je navedeno kako je svaki čovjek dijelom, ako već ne u cijelosti, odgovoran za svoje zdravstveno stanje, međutim ipak u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba, liječnička djelatnost predstavlja jedan od bitnih čimbenika za očuvanje i održavanje zdravlja ove kategorije pučanstva. Upravo iz ovog razloga, liječnici koji se bave pružanjem zdravstvene zaštite starijim osobama, moraju posvećivati povećanu pažnju upravo edukaciji iz područja medicinsko-gerontološke izobrazbe. Značajan dio medicinsko-gerontološke izobrazbe obuhvaća kontinuiranu stručnu edukaciju prvenstveno liječnika obiteljske medicine i to u dijagnostici, specifičnostima liječenja, rehabilitaciji i prevenciji bolesti u starosti te očuvanju funkcionalne sposobnosti gerijatrijskoga bolesnika, a svakako uz poticanje aktivnog odnosa starijeg čovjeka za očuvanje svojega zdravlja.

Zaštiti zdravlja starijih osoba u Republici Hrvatskoj svakako pridonosi i djelatnost Centra za gerontologiju kao Referentnog centra Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi, koji djeluje u okviru Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba uz koordinaciju županijskih gerontoloških timova Zavoda za javno zdravstvo. Centar kroz svoju djelatnost praćenja, proučavanja i izvješćivanja o zdravstvenim potrebama starijih osoba u Hrvatskoj, promiče zdravstvenu zaštitu i ostvarivanje zdravstvenih prava starijih osoba, a kroz organiziranje tribina, tečajeva i ostalih edukacijskih treninga za liječnike, neposredno osigurava provedbu mjera zdravstvene zaštite za gerijatrijske pacijente (prema Roksandić i sur. 2005).

1.3.3. Perspektive i preporuke daljnjeg razvoja pravne pozicije starijih osoba

Postoje obaveze prema pravima starijih osoba, kao što je Madridski akcijski plan o starenju (MIPAA). Međutim, one nisu pravno obavezujuće i stoga vladama samo nameću moralnu obavezu da ih realiziraju. Neophodna je nova konvencija Ujedinjenih naroda koja bi osigurala da starije žene i muškarci mogu ostvariti svoja prava. Time bi vlade mogle dobiti jasan pravni okvir, smjernice i podršku koje bi im pomogle u osiguravanju ostvarivanja prava starijih osoba u našim društvima koja sve više stare.

Demografske promjene rezultiraju do sada neviđenim brojem starijih osoba širom svijeta. Sve veći broj osoba bit će direktno pogođen starosnom diskriminacijom i predrasudama protiv starijih osoba. Sukladno tome, povećat će se pritisak na vlade i društvo u cjelini, da odgovore na te probleme i izazove. Jačanje ljudska prava starijih osoba najbolji je način da se tome doskoči. Dok vlade odobravaju konvencije UN-a, podrška se ne može osigurati bez suglasnosti i angažmana samih starijih osoba. Organizacije civilnog društva imaju ključnu ulogu u ostvarivanju podrške starijih osoba i pozivanju vlada da preuzmu odgovornost za odluke koje donose.

1.4. Promjene u starosti i izazovi starenja

Posljednji stadij odraslog života *Starost – reintegracija ili očaj* obuhvaća čak trećinu životnog vijeka. U toj životnoj fazi osoba se hvata u koštac sa smislom života te se priprema za kraj svog tjelesnog postojanja. Jedan od pionira socijalne gerontologije Rober Havighurst, navodi šest zadataka s kojima se osoba u toj dobi mora suočiti:

- prilagođavanje na opadanje tjelesne snage i zdravlja
- prilagođavanje na umirovljenje i smanjeni prihod
- prilagođavanje na smrt supružnika
- uspostavljanje jasne povezanosti s vlastitom dobnom skupinom
- usvajanje i prilagođavanje društvenih uloga na fleksibilan način
- uspostavljanje zadovoljavajuće fizičke okoline za život

Havighurst također opisuje pozitivne crte starosti, kao što su kreativnost i postignuća, te uspješno starenje koje u prvom redu podrazumijeva pozitivan pojam o sebi uz realnu procjenu sposobnosti.

Starost predstavlja jedno životno razdoblje, ali ono može biti podijeljeno u najmanje tri stadija: mladi-stari (65 do 75 ili 80 godina), stari-stari (75 ili 80 do oko 90 godina) i vrlo-stari ili najstariji-stari (85 do 90 ili više godina) (prema Shaie i Willia, 2010).

Starenje je normalna fiziološka pojava koju mogu i ne moraju pratiti bolesti u starosti, nužno je unaprjeđivanje zdravlja, ali i očuvanje funkcionalne sposobnosti (prema Tomek–Roksandić, 2010). Ako znamo starost nekog čovjeka, vrlo lako možemo predvidjeti velik broj promjena u anatomiji i fiziologiji, kao i psihičkih i društvenih promjena. No, nisu sve starije

osobe iste i ne prolaze jednako kroz promjene jer su i sami imali različita životna iskustva i uvjete življenja. Može se reći da je razdoblje starosti doba psihofizičkog opadanja (sporog, postupnog ili brzog) i dezorijentacije, stoga osoba mora uložiti dodatni napor da zadrži dotadašnji stil života. Kako bi se ovo razdoblje starosti potpuno opisalo, potrebno je stvaranje jedne integrativne teorije starenja u kojoj bi se objedinile sve promjene u ovom životnom razdoblju: biološke, socijalne, ali i psihološke. Tako bi se dobila potpunija slika i omogućilo bolje razumijevanje starijih (prema Poredoš, 2012).

Starije su osobe izložene većem broju velikih životnih stresora i općenito, gubitaka (supružnika, zdravlja, ekonomskog statusa, neovisnosti i sl.). Istraživanja su pokazala kako takvi veliki gubici kod osjetljivih osoba dovode do smanjenja samopoštovanja i depresije, kao i do neugodnog osjećaja gubitka kontrole nad vlastitim životom. Ukoliko još imaju i slabu socijalnu podršku i vrlo smanjenu mrežu socijalnih kontakata, može doći do socijale izolacije. Posljedica toga je pretjerana usmjerenost na vlastita tjelesna stanja i simptome. Socijalna izolacija i njome uzrokovana hipohondrija može rezultirati tjelesnim simptomima kojima osoba na neprilagođen način traži pomoć – pokušava privući pozornost drugih na sebe ili pokušava kontrolirati druge (prema Rusac, 2010).

Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju kvalitetan život, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Funkcionalna sposobnost se odnosi na sposobnost koju pojedinac koristi. Tema funkcionalne sposobnosti predstavlja jednu od ključnih istraživačkih tema u gerontologiji i gerijatriji te time postaje glavni pokazatelj kvalitete života i zdravlja među starijim osobama. Aktivnosti koje stariji ljudi mogu samostalno izvoditi ili misle da mogu, koristan su pokazatelj zdravstvenog stanja osobe i njezinih potreba za pomoći u slučaju slabljenja sposobnosti samozbrinjavanja. Naravno, najveću važnost pritom ima sposobnost samostalnog i neovisnog funkcioniranja u vlastitom domu. Naime, pravu mjeru zdravstvenog stanja ne čini samo prisutnost bolesti, nego i stupanj funkcionalne nesposobnosti (prema Cohen, 1990).

Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju na izrazitu pojavnost četiri glavna gerontološka javnozdravstvena problema u starijih ljudi:

1. **nepokretnost** koja se pojavljuje kao gerijatrijsko-imobilizacijski sindrom u starijih osoba
2. **nestabilnost** zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih

3. **nesamostalnost** sa sve većim udjelom demencija i Alzheimerove bolesti u najstarijih starijih
4. **nekontrolirano mokrenje**, odnosno inkontinencija u gerijatrijskih bolesnika

Primjenom Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije fokusiranog na činitelje koji dovode do bolesnoga starenja, moguće je u značajnoj mjeri prevenirati vodeće gerontološke javnozdravstvene probleme. To dokazuje činjenica kako se u razvijenim zemljama svijeta, gdje se posljednjih desetljeća djelovalo na čimbenike bolesnog starenja, implikacijski unaprijedilo zdravlje i očuvala funkcionalna sposobnost i u dubokoj starosti. Značenje praćenja, analize i evaluacije zdravstvenih potreba starijih osoba ujedno upućuje na napredak ili propust u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva. Djelotvorna zaštita zdravlja značajno utječe na smanjenje zdravstvenih teškoća i očuvanje funkcionalne sposobnosti u starosti. Ukoliko je funkcionalna sposobnost jako smanjena, starija osoba trebat će pomoć i njegu u kući, kako bi bila sigurnija i zaštićena od mogućeg pada i ozljede. Budući da se broj starijih osoba iz godine u godinu povećava, predviđa se da će se do kraja 2025. godine u svijetu broj osoba starijih od šezdeset godina udvostručiti, od 542 milijuna koliko ih je bilo u 1995. godini do 1,2 milijarde koliko ih se predviđa u 2025. godini, stoga je opravdano očekivati da će broj starijih osoba – žrtvi zlostavljanja, biti u porastu te da nasilje u starijoj životnoj dobi predstavlja značajan javnozdravstveni problem (prema Rusac, 2011).

Socijalna isključenost može se definirati kao višedimenzionalni proces koji slabi povezanost pojedinca te zajednice, a osobe mogu biti isključene iz pristupa dobrima i uslugama, ili sudjelovanja na tržištu rada, odnosno iz ostvarivanja ljudskih te socijalnih prava. Što je više obilježja po kojima je osoba isključena, to je ranjivija. Također, prema definiciji Europske unije socijalna je isključenost proces kojim su određeni pojedinci gurnuti na rub društva i onemogućeno im je puno sudjelovanje, uslijed njihova siromaštva, nedostatka temeljnih sposobnosti i prilika za doživotno učenje ili kao rezultat diskriminacije. Prema postojećim podacima, u Republici Hrvatskoj tom su procesu izložene i starije osobe (uz primjerice, osobe s posebnim potrebama, beskućnike, žene, žrtve obiteljskog nasilja i sl.).²

² UNDP Izvješće o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti; Koncept socijalne isključenosti, pog.1., str. 21.

Govoreći o socijalnoj isključenosti starijih, važno je spomenuti kako su u ovom dijelu Europe starije osobe svoju poziciju dostojanstvenog starenja imale u okviru svojih obitelji, u kojima su dočekivali i kraj života, tako da je kultura smrti bila integralni dio kulture življenja. Stvaranjem nuklearne obitelji, postalo je uobičajeno da se starost dočekuje u samoći ili s vremenom u domovima za stare i nemoćne osobe. Osobita je problematika dijela starije populacije, koja nije sklona uputiti se u dom, no suočeni sa onemoćalosti nerijetko su osuđeni na opcije koje dokidaju pravo na dostojanstven život. Danas je to šikaniranje starijih ljudi dio društvene stvarnosti na puno suptilniji način, primjerice tako što se starijim osobama uskraćuje pravo na pristup informacijama, iako se od ulaska Hrvatske u Europsku uniju, unazad dvije godine, polako implementira načelo ravnopravnosti. Svi zakonski okviri su mrtvo slovo na papiru i sve te silne institucije i međunarodni dokumenti nisu provedivi jer zakonodavne institucije nisu surađivale sa strukom, odnosno nije postojao dovoljno razvijen znanstveno-istraživački pristup.

1.5. Stereotipi i predrasude o starijim osobama

Dob je jedna od prvih osobina koje primjećujemo kod drugih ljudi, odnosno jedna je od najistaknutijih kategorija prema kojima vršimo socijalnu kategorizaciju. Stoga je iznenađujuća činjenica da su istraživanja stavova i predrasuda prema starijim osobama relativno rijetka, u usporedbi s istraživanjima prema različitim drugim skupinama, na primjer etničkim, nacionalnim (prema Montepare i Zebrowitz–McArthur, 1987). Pojam koji se veže s podcjenjivanjem starijih osoba i diskriminaciju naziva se *ageizam*. Termin je osmislio gerontolog Robert Neil Butler, 1969. godine, označavajući njime i predrasude prema starijim ljudima, prema starijoj dobi, prema starenju kao procesu, ali i diskriminaciju koja se u praksi provodi u odnosu na starije ljude i koja takve predrasude i podržava. *Ageizam* se može odnositi i na mlađe, kad se primjerice njihove ideje odbacuju jer se smatra da zbog svoje mladosti i neiskustva nisu dovoljno dobre, međutim, prema definiciji *ageizam* se ipak prvenstveno odnosi na starije (prema Miljković i Rijavec, 2008). Palmore (2001) je istraživao vrste i prisutnost dobne diskriminacije te skupine koje su najviše izložene. Rezultati su, na dvadesetak različitih primjera, pokazali dobnu diskriminaciju, i to od onih lakših, kao što su vicevi na temelju dobi, do onih koji se odnose na uskraćivanje organiziranog smještaja, zdravstvene zaštite i zaposlenja. Rezultati analize Johnsona i Kite pokazuju da ljudi doista negativnije vrednuju (evaluiraju) starije od mlađih dobnih skupina (prema Šućur, 1998).

Nerijetko se događa da ljudi smatraju kako starije osobe i sama starost nose konotaciju ovisnosti o drugima. Međutim, sa sigurnošću se može reći kako svaka obitelj održava stav uzajamnosti koji dopušta članovima obitelji da ovise o rodbini što se tiče financijske, fizičke ili emocionalne potpore. Tako starost ne donosi nešto novo u smislu ovisnosti što nije postajalo ranije, ali dolazi do promjene u prirodi ovisnosti (prema Schaie i Willis, 1996).

Postoje tri psihološke teorije koje su bitne za shvaćanje stereotipa o starijim osoba, kao i za shvaćanje *ageizma*, a to su:

- Spoznajna teorija koja se bavi definiranjem starosti, odnosno objašnjava zašto se dob više spominje uz razgovor o starijim osobama, nego uz razgovor o mladim osobama.
- Teorija socijalnog identiteta koja se bavi predrasudama i diskriminacijom i govori kako ljudi koriste grupnu identifikaciju za održavanje pozitivne vlastite osobnosti. Pojedinaac može pozitivnu sliku o sebi steći na temelju vlastitih osobina, a to je osobni identitet, te na temelju osobina grupa kojima pripada, a to je takozvani socijalni identitet.
- Teorija upravljanja strahom koja sugerira kako *ageizam* postoji zbog starijih ljudi koji su svjesni činjenice kako se nalaze pred skorom smrću (prema Fiske i sur. 2003).

Ageizam u medijima može biti posljedica težnje za sve većom senzacionalizacijom zbog koje mediji nisu zainteresirani za pošteno, nepristrano izvještavanje, već za ugađanje korisnicima. U takvim medijima, ozbiljne teme (*hard news*) ne dobivaju medijski prostor, nego su zamijenjene lakim temama (*soft news*) koje se bave estradom, seksualnim skandalima, aferama. Stoga, u medijskim sadržajima u kojima je vidljiv nedostatak profesionalizma, ali i novinarske etike, često nema mjesta za teme o starijim osobama ili se pak i njih prikazuje u negativnom kontekstu. S obzirom na to da je televizija još uvijek jedan od najutjecajnijih medija, ona na neki način utječe na stvaranje naših stavova. Stereotipnim prikazivanjem starijih ljudi na televiziji mogu se stvoriti predrasude, ali i netolerantno društvo. Zbog svega navedenog, nužno je senzibilizirati javnost o tom problemu. Početni impuls tome, trebali bi dati akademski krugovi, kako bi se pokrenula javna rasprava o problemu *ageizma*, u koju bi osim akademskih stručnjaka, bili uključeni i medijski stručnjaci, kao i udruge koje okupljaju osobe starije životne dobi, i mnoge druge osobe koje su

kompetentne u području rješavanja spomenutog problema. Tek tada bit će moguće i zakonski regulirati *ageizam*.

2. PRIKAZ POSLJEDNJEG STADIJA ODRASLOG ŽIVOTA IZ VIŠE ASPEKATA

2.1. Osobine ličnosti i starenje

Istraživanja pokazuju kako u starosti ne dolazi do velikih promjena u crtama ličnosti, već da se održavaju crte ličnosti koje su bile prisutne u mlađoj dobi, samo što se one učvršćuju i eventualno postaju izraženije. Važno je provjeriti kako osobine ličnosti utječu na adaptaciju ljudi na proces starenja, kako bi se provjerili prediktori uspješnog starenja. Međutim, adaptacija je složen proces koji, osim o osobinama ličnosti, ovisi uvelike i o socijalnim faktorima – obitelj, okolina, interpersonalni odnosi, stambeni uvjeti, posao, financijska situacija i slično (prema Havelka i Despot-Lučanin, 1990). Ljudi koji su se uspješno adaptirali na promjene tijekom života vrlo vjerojatno će se bolje adaptirati i u starijoj dobi. Kombinacijom pozitivnih unutarnjih i vanjskih činitelja postiže se dobra prilagodba na starenje.

S obzirom na te činjenice, postoji nekoliko načina adaptivne nefleksibilnosti na starost i starenje. Tako se susrećemo s pet različitih načina prilagodbe (prema Poredoš, 2012): konstruktivnost, ovisnost, obrambene reakcije, neprijateljstvo, samomržnja. Neki simptomi neprilagođenosti mogu se javiti čak i kod zdravih ličnosti. Većina ljudi ne može imati isključivo odlike jedne strategije prilagođavanja. Najčešće se radi o kombinaciji odlika koje se zbog lakšeg proučavanja svode na određene tipove. Možemo zaključiti da bilo koja klasifikacija prilagodbe na starost i starenje ima nedostataka, zbog prevelikih individualnih razlika. Primjerice, umirovljenje kod nekoga može izazvati sreću i mir, a kod drugih može izazvati veliku anksioznost, depresiju i lošu adaptaciju.

Socijalno prihvatljivi kriteriji odgovarajuće prilagodbe na starenje uključuju: podudaranje između unutarnjeg mentalnog stanja i vanjskih okolnosti, stupanj kontinuiteta između prošlog iskustva i sadašnjih načina prilagodbe, prihvaćanje neminovnosti starosti, određeni stupanj zadovoljstva koji proizlazi iz sigurnosti te opuštenost zbog nedostatka odgovornosti.

Ako osoba ima normalan tijek starenja i živi dovoljno dugo, može se prilagoditi kraju svog životnog vijeka. Završetak života nekima traje i po nekoliko godina, a drugima mjesecima, tjednima, danima ili koji trenutak. Kod nekih dolazi do potpunog uvida u situaciju i oni se kontroliraju do kraja, dok drugi postaju uplašeni i potpuno mijenjaju svoje ponašanje. Starenje se još i danas često doživljava kao socijalni problem. Hoće li ili ne starija osoba biti socijalni problem, ne ovisi o njezinoj dobi nego o društvenom stajalištu da joj se omogući dostojanstvena starost (prema Poredoš, 2012).

2.2. Međuovisnost pojavnosti depresije uslijed funkcionalne nesposobnosti i starenja

Pravu mjeru zdravstvenog stanja ne čini samo prisutnost bolesti, nego i stupanj funkcionalne nesposobnosti (prema Havelka i Despot Lučanin, 1990). S povećanjem životne dobi, dolazi do smanjenja funkcionalne sposobnosti. To je posebno naglašeno ukoliko osoba ima oštećen sluh ili vid, što značajno otežava obavljanje svakodnevnih poslova (primjerice kućanskih poslova, nabavu namirnica, brigu o financijama). Pri tome je više poteškoća zamijećeno u žena nego u muškaraca (prema Parminder i sur. 2004). Mjere funkcionalne sposobnosti obično se temelje na samoprocjeni ispitanika pa su stoga pod utjecajem brojnih bioloških i nebioloških čimbenika, kao što su osobine ličnosti, motivacija, socioekonomski status, dostupnost zdravstvene skrbi, mreže socijalne podrške, osobna i kulturna vjerovanja te zdravstveno ponašanje (prema Despot Lučanin i sur. 2006).

Povezanost između stresa i zdravlja starijih osoba, kako tjelesnog tako i psihičkog, znatno je složenija nego što se nekada pretpostavljalo. Brojni su psihološki i socijalni čimbenici uključeni u odnos stresa i zdravlja, na primjer samostalna briga o sebi, socijalna okolina, podrška obitelji i prijatelja i slično. Oni predstavljaju zaštitne faktore, dok nepostojanje istih predstavlja rizične faktore. Percepcija vlastite neučinkovitosti povezana je s neuspješnim suočavanjem sa stresom. Kad se nađu pred teškoćama, ljudi koji sumnjaju u svoje sposobnosti ne ulažu dovoljno napora ili se potpuno predaju i odustaju. Jedan od važnih izvora suočavanja sa stresom je osobni smisao života, to jest osjećaj smisla i cilja vlastitog postojanja, koji smanjuje negativno djelovanje stresnih događaja na tjelesno i psihičko zdravlje i na prilagodbu starije osobe. Prema modelu samoprocjene, procjena starije osobe o vlastitim sposobnostima, vještinama i osobnim vrijednostima, igra važnu ulogu u percepciji i procjeni stresnih životnih događaja. Ako starija osoba sebe percipira kao uspješnu u suočavanju sa

stresom, u rješavanju problema i ako jasno vidi smisao svog života, onda će zadržati pozitivan pogled na zbivanja i procijeniti ih manje negativnima i obrnuto. Fry (1989) zaključuje da je stres predviđeni ishod složenih posredujućih uvjeta koji se tijekom vremena stječu u životu starije osobe. Određeni stupanj pripreme i manipulacije osobnim i okolinskim izvorima može pomoći u ublažavanju negativnog percipiranja i negativnog djelovanja osobnih i okolinskih stresora.

Prema istraživanju Despot Lučanin (2003) koja je ispitivala funkcionalnu (ne)spособnost kod starijih osoba, uočeno je kako funkcionalna sposobnost opada s godinama, a prema Petrak i sur. (2006), kako je zadovoljstvo životom to niže što je samoprocjena zdravlja lošija, funkcionalna sposobnost niža i socijalna podrška manja. Uloga funkcionalne nesposobnosti u pojavi depresije od iznimne je važnosti, posebice ako bolest narušava sposobnost osobe da zadrži svoju mrežu socijalne podrške (prema Berman i Furst, 2011).

Nadalje, istraživanja potvrđuju linearnu povezanost depresije i funkcionalne sposobnosti, pri čemu se smanjenjem funkcionalne sposobnosti - selidbe u udaljenija mjesta, gubitkom socijalne uloge, gubitkom socijalnog statusa (primjerice nakon umirovljenja), prošlim ili sadašnjim traumatskim iskustvima te gubitkom stvarne ili percipirane emocionalne ili socijalne potpore, povećava učestalost depresivnih simptoma. Također, depresiju u starijih osoba može potkrijepiti i umirovljenje zbog slabijeg zdravlja te nižih prihoda umirovljenika. Socioekonomski rizični čimbenici koji također pridonose depresiji su: lošiji socioekonomski status, financijska oskudica, niža obrazovna razina te život u ruralnim zajednicama.

Odlazak u starački dom također često prati povećanje depresivnih simptoma. Istraživanje 454 uzastopna nova prijema u starački dom pokazalo je da je 12,6 % novopridošlica imalo depresivni poremećaj, a 18 % depresivne simptome koje osoblje doma nije prepoznalo te su ostali bez odgovarajućeg tretmana. Isto istraživanje pokazalo je povećanje od 59 % vjerojatnosti smrti u godini odlaska u starački dom za osobe koje pate od depresije. U ovom kontekstu, potrebno je naglasiti kako je upravo slabljenje funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti, vrlo često najbolji prediktor potrebe za institucionalnom skrbi starijih osoba te su stoga rezultati istraživanja koji pokazuju da je veća razina depresivnosti starijih osoba u domovima za starije osobe, u odnosu na one koji žive u lokalnoj zajednici, očekivani. U novijim istraživanjima pokazuje se da je odnos između rizičnih čimbenika i simptoma depresije u starijoj životnoj dobi složen i da nije jednoznačan. Tako su neka

istraživanja utvrdila da se osobe koje imaju depresiju s kasnim početkom, odnosno s početkom u starijoj životnoj dobi, ne razlikuju značajno po broju životnih događaja od onih s ranijim početkom (Janssen i sur., 2006.). Također, pokazalo se da izolacija (socijalna i emocionalna) nije snažno povezana s ozbiljnom depresijom kod starijih osoba. Wilby (2011.) je pokazala da socijalna izolacija u nekim grupama starijih osoba ne mora biti rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma (prema Ajduković i sur., 2013). Za kritičko propitivanje ovih rizičnih čimbenika značajne su meta-analize u ovom području. Tako je, primjerice, Cole (2003.) analizirao dvadeset originalnih znanstvenih istraživanja koja su istraživala barem jedan od rizičnih čimbenika depresije u starijoj životnoj dobi, određene temeljem kliničkih kriterija ili rezultata na skali za procjenu depresivnosti starije populacije koja živi u zajednici. Ova meta-analiza, u kojoj se analiziralo čak četrdeset i dva različita čimbenika rizika, pokazala je da je samo njih pet značajno utječe na pojavu depresije, odnosno da se s tih pet čimbenika rizika može objasniti velik udio depresivnosti starijih osoba. To su: žalovanje, poteškoće spavanja, funkcionalna ograničenja, prethodna depresija i ženski spol. No i rezultati ove meta-analize zahtijevaju kritičnost. Naime, kao čimbenik rizika za pojavu depresije pojavljuju se poteškoće spavanja, što je tipični simptom depresije. To nas ponovno vraća na već spomenuti problem ispitivanja depresivnosti i preklapanje tvrdnji u različitim upitnicima koji se odnose na simptome, rizične čimbenike i tjelesne poteškoće (prema Ajduković i sur., 2013).

2.3. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe

Prema istraživanju Ajduković i Ružević (2013) postoji negativna povezanost depresivnosti i različitih aspekata zdravlja i funkcionalne sposobnosti te pozitivna povezanost psihičkog i fizičkog zdravlja i funkcionalne sposobnosti. Utvrđene su značajne razlike između pokretnih i nepokretnih sudionika na svim ispitivanim varijablama, a depresivnost je bila izraženija kod nepokretnih osoba. Funkcionalna sposobnost i pojedini aspekti zdravlja pokazali su se pozitivno povezanima.

Ovi rezultati u skladu su s istraživanjem Doeglas i sur. (2004.) koje je pokazalo linearnu povezanost depresije i funkcionalne sposobnosti, pri čemu se smanjenjem funkcionalne sposobnosti povećava učestalost depresivnih simptoma. U tom smislu, vrlo je značajno i opsežno istraživanje Tomek-Roksandić i sur. (2010), koje je pokazalo da za dulje

korištenje izvaninstitucionalne, u odnosu na institucionalnu skrb starijih osoba, mentalni status ima značajniju ulogu od fizičkog statusa. To ide u prilog istraživanjima koja govore da je funkcionalno ograničenje snažniji prediktor depresivnosti od samih tjelesnih bolesti. Tako su primjerice Prince i sur. (1998.) utvrdili kako je tjelesno ograničenje osobe najvažniji prediktor pojave depresije u starijoj životnoj dobi, dok je održavanje depresije bilo više povezano sa siromašnom socijalnom podrškom. Iz navedenog proizlazi da su dobra socijalna podrška te bliski prijatelji važni zaštitni čimbenici. Drugim riječima, osoba može doživjeti neki težak događaj, gubitak, ili ostati nepokretna, što može dovesti do pojave depresije, međutim, ukoliko osoba ima jaku socijalnu podršku, depresija se neće održati dulje vrijeme, već će depresivni simptomi slabiti i na kraju iščeznuti. Stvarnost je ipak često drugačija te je u velikom broju slučajeva kod nepokretne osobe društvena mreža sužena na medicinsko osoblje i osobu s kojom dijeli sobu te eventualne posjete što može pojačavati osjećaje izoliranosti, „različitosti“ od drugih i manje vrijednosti, što su sve rizični čimbenici za pojavu depresije.

Prema istraživanju Plavšić (2012), koje je provedeno na starijima koji se još mogu brinuti sami za sebe i na onima koji su institucionalizirani, utvrđeno je kako su tjelesno zdravlje i funkcionalna sposobnost negativno povezane s pojavom depresije u obje skupine starijih, a tjelesno je zdravlje u obje kohorte bilo negativno povezano (-0,27 i -0,38) s depresivnošću. Regresijska analiza pokazala je rezultate u skladu s očekivanjima da su ženski spol, psihičko zdravlje i funkcionalna sposobnost negativni prediktori depresivnosti, no suprotno očekivanju da je tjelesno zdravlje pozitivan prediktor izraženosti depresivnosti. Zanimljiv je uvid da nakon uključivanja dva aspekta zdravlja i funkcionalne sposobnosti, dob i pokretljivost više nisu bili značajni prediktori depresivnosti.

U tom kontekstu, interesantan je podatak iz već opisanog istraživanja Novovića i sur. (2006.), da se procjena tjelesnog zdravlja kao lošijeg javlja u sklopu kliničke, ali ne i staračke depresije. Autori ovaj neočekivani nalaz objašnjavaju time što su uzorak starijih osoba činili ispitanici koji su bili u stanju rješavati upitnike te se može pretpostaviti da se radi o osobama koje su i tjelesno očuvanije, a samim time i sklonije pozitivnoj procjeni svog tjelesnog zdravlja. S druge strane, njihova procjena vlastitog zdravstvenog stanja kao jednakog onom kod vršnjaka ne povlači za sobom i procjenu toga stanja kao dobrog. Nadalje, navode da se čini smislenim da se pad motivacije javlja kao posljedica uvjeta života u domu, gdje je dobar dio kontrole u rukama osoblja, uslijed čega se korisnici osjećaju bespomoćnijim nego populacija starih koja živi van domova. Njihova mobilnost također je narušena zbog ograničavanja prostora u kojemu se mogu kretati, na prostor u ustanovi i oko ustanove.

Pitanje odnosa realnih događaja, somatskih tegoba i kognitivnih ograničenja koja pogađaju starije osobe s depresijom i bez nje, nije beznačajno za tretman i odnos prema starim ljudima. Kao što navode Novović i sur. (2006.), profesije koje se bave ovom populacijom osciliraju između ekstrema.

Može se zaključiti da jedna grupa autora prenaplašava probleme depresije kod starih, inzistira na što bržem i lakšem prepoznavanju poremećaja, kako bi se što prije pružila pomoć tim osobama (prema Ajduković i sur., 2013). S druge strane, postoji grupa autora koja smatra da proglašavanje normalnih problema starosti poremećajem, predstavlja medikalizaciju starosti, gdje se starim ljudima ne dozvoljava da prežale svoje gubitke i žive s objektivnim problemima, već se proglašavaju depresivnima na temelju upravo tih istih problema s kojima se suočavaju. Nemogućnost starijih ljudi da uživaju u stvarima koje su im nekada pričinjavale zadovoljstvo, nije pitanje subjektivne procjene, već realna činjenica. Slabljenje tjelesne snage i kognitivnih sposobnosti predstavlja realnu prepreku u mnogim ranijim aktivnostima i igrama, a gubitkom dragih osoba ispitanici su, također, dodatno lišeni izvora pozitivne stimulacije (prema Ajduković i sur., 2013).

2.4. Funkcionalna nesposobnost starijih osoba kao činitelj rizika izloženosti nasilju u obitelji

Torontska deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije (2002) definira zlostavljanje starijih osoba kao pojedinačan ili ponavljajući čin ili izostanak odgovarajućeg postupanja koji se događa u bilo kojem odnosu povjerenja i očekivanja, a uzrokuje oštećenje ili patnju starijoj osobi. Za razumijevanje uzroka nasilja nad starim ljudima, kao i općenito svih oblika nasilja neovisno o kronološkoj dobi, najprikladniji je upravo ekološki model odnosa, koji uzrok nasilja promatra kroz interaktivno djelovanje većeg broja činitelja koji se mogu grupirati na individualnoj razini te na razini neposredne i opće društvene zajednice. Prednost ekološke teorije ogleda se u naglašavanju holističkog pristupa u sagledavanju individualnog slučaja i kao takva nudi koristan okvir za razumijevanje interakcija koje mogu dovesti do nepovoljnih posljedica po stariju osobu te za razumijevanje individue i zajednice kojoj ta individua pripada (Rusac, 2010).

Među istraživačima još uvijek postoji nesuglasje oko pojedinih činitelja rizika za nasilje nad starijim osobama u obitelji. Tako, primjerice, lošija funkcionalna sposobnost

starije osobe kao činitelj rizika, nije jednoznačno potvrđena u istraživanjima. Reis i Nahmiash (1998) navode kako lošija funkcionalna sposobnost nije značajno povezana s doživljavanjem nasilja u starijoj dobi. S druge strane, Oh i suradnici (2006) su u svome istraživanju kao mjeru zdravlja koristili mjerenje funkcionalne sposobnosti. Nalazi su pokazali da osobe s lošijom funkcionalnom sposobnosti značajno češće doživljavaju nasilje. Fulmer, Guadagno i Bolton (2004) smatraju da ovisnost i ranjivost starije osobe povećavaju rizik od zlostavljanja, dok s druge strane, Pillemer i Finkelhor (1985) navode da ovisnost starije osobe o njegovatelju ne predstavlja primarni i isključivi uzrok tjelesno nasilnog ponašanja.

U Hrvatskoj se posljednjih godina sve više pažnje posvećuje problematici nasilja nad starijim osobama u obitelji. Primjerice, istraživanje provedeno u Zagrebu pokazalo je da su starije osobe najčešće izložene psihičkom nasilju, slijedi financijsko i tjelesno zlostavljanje te seksualno nasilje (Rusac, 2010). Zlostavljanje je povezano i s funkcionalnom (ne)sposobnosti, ali postoje određene spolne razlike jer muškarci iskazuju bolju funkcionalnu sposobnost od žena u starijoj dobi, a autori istraživanja to objašnjavaju višestrukim ulogama žena u kojima se one „brže troše“. Budući da su žene tradicionalno zadužene za zdravstvenu njegu u obitelji, za očekivati je da nastave njegu ostarjelih muževa i/ili drugih članova obitelji, što može dovesti do lošije funkcionalne sposobnosti. Ovakvi nalazi suprotni su nalazima Rogersa (1992, prema Despot Lučanin, 2003) koji navodi da je funkcionalno stanje starijih muškaraca lošije nego kod starijih žena. To objašnjava ulogom žene u obitelji koja joj ne dozvoljava da bude nesposobna i nužno je da se što prije oporavi. Općenito govoreći, najlošija je bila funkcionalna sposobnost u najstarijoj dobnoj skupini ispitanih osoba, starijih od 72 godin te kod osoba koje su ostale udovice/udovci, kao i kod osoba nižeg stupnja obrazovanja (Rusac, 2011).

Utvrđivanje, praćenje, proučavanje i evaluacija funkcionalne sposobnosti starijeg čovjeka ima veće značenje za programiranje gerijatrijske zdravstvene skrbi, od isključivog utvrđivanja njegovog zdravstvenog stanja. Udio muškog funkcionalno onesposobljenog pučanstva u odnosu na ukupno muško pučanstvo Hrvatske veći je od hrvatskog prosjeka i iznosi 11,51 % odnosno 245 897 osoba (N=2135900), dok se kod ženskog pučanstva (N=2301560) može zamijetiti manji udio funkcionalno onesposobljenih žena od 7,97 % odnosno 183 524 osobe. Utvrđivanje kriterija procjene funkcionalne sposobnosti starijih ljudi u odnosu na njihovo utvrđeno zdravstveno stanje, najvažniji je indikator za primjenu gerijatrijske zdravstvene i socijalne institucijske i izvaninstitucijske skrbi za starije ljude.

Rusac (2011) je u svome istraživanju dokazala kako postoji statistički značajna povezanost između funkcionalne sposobnosti i izloženosti psihičkom nasilnom ponašanju i to u smjeru da starije osobe koje iskazuju lošiju funkcionalnu sposobnost, istovremeno iskazuju i više doživljenog psihičkog nasilja. Do sličnih rezultata došli su i Lachs i sur. (1997) (prema Rusac, 2011) koji navode da postoji povezanost između oslabljene funkcionalne sposobnosti u aktivnostima svakodnevnog življenja i doživljavanja nasilja. Iako zanemarivanje ne spada u zlostavljanje, zanimljivo je istraživanje Wolfa i Pillemera (1989) koji su utvrdili da starije osobe koje su žrtve zanemarivanja, češće imaju određena funkcionalna oštećenja, nego starije osobe - žrtve tjelesnog ili psihičkog nasilja.

Despot Lučanin (2003) ističe da je sve češća situacija da osoba u 60-im godinama, koja je i sama možda bolesna, njeguje roditelje u 80-im godinama. Upravo zbog toga javlja se potreba za dugoročnom skrbi u ostarjelom društvu, što je uloga članova obitelji koji skrbe o svojim starijima bilo u tjelesnom, emocionalnom i/ili materijalnom smislu. Većinom obitelj pruža pomoć i skrb svojim ostarjelim članovima. Odrasla djeca koja skrbe za ostarjele roditelje mogu doći u fazu kada zahtjevi skrbi, uz ostale obaveze, obitelj, posao, egzistencijalne probleme, postanu preveliki i stres se počinje gomilati, što povećava rizik za nasilje. Uloga njegovatelja predstavlja određene napore i zahtjeve koji mogu prelaziti mogućnosti njegovatelja te uzrokovati njegovateljski stres. Upravo takav stres, kao i iscrpljenost njegovatelja oko funkcionalno onesposobljene starije osobe, može dovesti do psihičkog zlostavljanja.

Nasilje nad starijim članovima našeg društva, predstavlja veliki problem zajednice te je nužno istražiti sve činitelje rizika i zaštite za pojedine oblike nasilja u obitelji, kao i mehanizme koji olakšavaju suočavanje s doživljenim nasiljem (Rusac, 2011).

3. DOSTOJANSTVO STARENJA

3.1. Važnost primjene hospicijskog duha u procesu starenja

Smrt je prestanak života, ali i događaj koji pogađa obitelj, prijatelje i druge osobe. O staroj dobi najčešće razmišljamo kao o prirodnom biološkom kraju života. Većina ljudi iskusi svjesnu ili nesvjesnu anksioznost vezanu uz smrt. Potpuno razumijevanje smrti pretpostavlja barem tri komponente:

- *Ireverzibilnost* – shvaćanje da jednom živi organizam umire i da se tjelesnost ne može vratiti u život
- *Nefunkcionalnost* – shvaćanje da životne funkcije prestaju sa smrću
- *Univerzalnost* – shvaćanje da se smrt događa svim živim organizmima

Kritične faze vlastitih vjerovanja o smrti kod djece su sljedeće:

- Djeca do šest godina ne uspijevaju shvatiti konačnost smrti i misle kako se radi o odvajanju koje je reverzibilno.
- Djeca između šest i jedanaest godina usvoje spomenute tri komponente pojma smrti, ali se smrt često personificira.
- Djeca iznad dvanaest godina razumiju kako je smrt kraj života.

Anksioznost vezana uz smrt složena je pojava od četiri različite komponente:

- zabrinutost zbog tjelesne promjene
- svjesnost o prolaznosti vremena
- zabrinutost zbog boli i stresa koji prate smrt
- zabrinutost zbog intelektualnih i emocionalnih reakcija na smrt

Anksioznost vezana uz smrt uključuje strah od odvajanja od voljenih i strah od promjene i posljedica promjene. Ona doseže vrhunac tijekom adolescencije. Za većinu je smrt zastrašujuća jer uključuje gubitak samoga sebe, kraj osobnog identiteta. Mnogi misle o tome što će njihova smrt značiti drugima, gubitak koji će živi iskusiti i moguće teškoće koje će njihova smrt uzrokovati u obitelji.

Starije osobe češće razmišljaju o smrti i manje je se boje nego mladi. Mnogi stariji vjeruju kako se od njih očekuje da govore mudro i dobrohotno o životu i smrti. Osjećaju potrebu za pregledom vlastitih stavova o smrti te nastoje revidirati i transformirati relevantna vjerovanja i stavove. Kod mlađih i sredovječnih, ispunjen i zadovoljavajući život povećava anksioznost, dok je kod starijih osoba smanjuje.

Kastenbaum³ kaže kako se o nečijoj orijentaciji prema smrti može zaključiti iz proučavanja njegovih praktičnih odluka i izraženih stavova (na primjer, mijenja li način ishrane i vježbanja kako bi postigao dugovječnost).

Anksioznost u vezi sa smrću nije povezana s kronološkom dobi, ona je više funkcija prošlih iskustava, nego trenutačnih životnih okolnosti. Religijska uvjerenja povezana su sa ispodprosječnom anksioznošću u vezi sa smrću. Najvišu anksioznost imaju osobe koje povremeno odlaze u crkvu i nedosljedne su u vlastitim vrijednostima i djelovanjima.⁴

Još se u prošlosti pokušavalo pomoći ljudima koji su razdoblju umiranja, kako bi im se ublažila patnja i bol te je tako u različitim kulturama započelo osnivanje ustanova nazvanih *hospiciji*. Među različitim pokušajima definicije čitam: *Pojam hospicij upotrebljava se danas za određeno shvaćanje medicinske, njegovateljske i duhovne skrbi, određeni stav prema smrti i skrbi za umirućeg.*⁵

Pod pojmom palijativna njega, ili djelotvorno ublaživanje boli, podrazumijeva se medicinsko umijeće u optimalnoj stručnoj primjeni lijekova kako bi se uklonila ili ublažila bol, s ciljem unaprjeđenja kvaliteta života. Plod udruženog umijeća medicinske palijativne njege i hospicijske ljudske pažnje rađa cjelovitom ljudskom brigom i ljubavlju prema teškom bolesniku, i prema umirućem. To je ostvarivanje kulture života na tom području.

Korijene hospicijskog duha i ostvarenja palijativne skrbi nalazimo u Isusovim prisposodobama i poukama. Posebno mjesto zauzima prisposodba o milosrdnom Samarijancu (Lk,10, 30-37) i govor o posljednjem sudu (Mt 25, 31-46). Samarijanac, potaknut suosjećajnom ljudskošću, uzima unesrećenoga, na smrt pretučenoga, i smješta ga u gostinjac – *hospitium* te se brine za troškove zbrinjavanja. Na posljednjem sudu, aksiološki kriterij jednog života bit će, među ostalim, i ovaj: oboljeh, i pohodiste me – ili ne. Povijest Crkve, uz ostalo, povijest je brige za bolesnog i umirućeg čovjeka (prema Pozaić, 2004). Briga o palijativnoj skrbi danas je redovita briga crkvenih ustanova.⁶

Općenito se smatra kako su prve hospicije osnovali križari u jedanaestome stoljeću. Do tog vremena, neizlječivi bolesnici nisu primani u lječilišta jer se njihovo prisustvo smatralo štetnim procesu ozdravljenja drugih. Prvi hospiciji bili su mjesta gdje se skrbrilo za

³ <http://www.deathreference.com/Da-Em/Death-System.html#b> (preuzeto 14.4.2015)

⁴ www.ffzg.unizg.hr/psih/stup/skripte/.../Kraj%20života-sažetak.doc

⁶ Palijativnoj skrbi posvećen je cijeli broj časopisa Papinskog vijeća za pastoral djelatnika u zdravstvu, *Dolentium Hominum* 1/58/2005.

putnike na putu za Svetu Zemlju te mjesta gdje su se mogli osvježiti. Naime, i putnici su, kao i bolesni i umirući, također bili njegovani. Vitezovi monasi reda svetog Ivana od Jeruzalema (hospitari) utemeljili su malu postaju u Jeruzalemu za bolesne i umorne hodočasnike, no križari su ih prisilili da krenu dalje u Tir, a zatim u Akru te naposljetku na otok Cipar. Hospitari su od pape Pasqualea II. 1113. godine prepoznati kao vojni red te su dobili podršku za prijevoz putnika u Svetu Zemlju i na povratku iz nje.

Moderni hospicijski pokret i palijativna skrb svoj razvitak uvelike duguju viziji, hrabrosti i zalaganju Dame Cicely Saunders. Medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica, smatrana je i prihvaćena kao pionirka modernog hospicijskog pokreta. Radeći niz godina u Hospiciju svetog Josipa (Hackney, London), otvorila je St. Christopher's Hospice, izvan Londona u Sydenhamu, 1967. godine. Bila je to prva moderna nastavna i istraživačka hospicijska jedinica. Dame Cicely posvetila je svoj profesionalni i privatni život skrbi i istraživanju bolesnika koji trpe od uznapredovale i progresivne bolesti. Prepoznala je i odgovorila na neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji te se uvijek koncentrirala na specifične i jedinstvene potrebe svakog pojedinog bolesnika i obitelji. C. Saunders učila je o potpunoj skrbi za bolesnika, skrbi za obitelj, skrbi u žalovanju te potrebi za istinskim interdisciplinarnim radom u timu. U kratkom vremenu promijenila je ovaj dio zdravstvene skrbi i poljuljala mnoge od uhodanih stavova i predrasuda. Ukratko, ona je revolucionirala način na koji prihvaćamo različite potrebe umirućih bolesnika i njihovih obitelji.

Od naših gradova, Rijeka je prva dobila svoj hospicij. Naime, prvi kapucinski samostan u Hrvatskoj izgrađen je u Rijeci 1610. godine. Na sjednici Trećeg reda Svetog Franje u prosincu 1916. godine, iznesen je prijedlog o osnutku male bolnice za nemoćne i napuštene starce i starice Trećeg reda. Ovaj hospicij, poznat kao Hospicij svetog Franje, djelovao je prema svom statutu tijekom 1917. godine te se smatra pretečom modernog hospicija.

Koliko je danas neupitna i neizbježna potreba za palijativnom skrbi najbolje možemo pratiti kroz neke od preporuka formuliranih u aktu donesenom u studenom 2003. kao *Preporuke Povjerenstva ministara država članica Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi*: Palijativna skrb je integralni dio zdravstvenog sistema i neotuđivi element građanskog

prava na zdravstvenu skrb i zato je odgovornost vlade garantirati i učiniti palijativnu skrb pristupačnom svakome tko je treba.

Spomenutu preporuku podupiru ovi principi:

- Palijativna skrb je vitalan, integralan dio zdravstvenih službi. Odredbe za njezin razvoj i funkcionalnu integraciju treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije.
- Svaka osoba koja treba palijativnu skrb mora do nje doći bez nepotrebnog odgađanja, na prikladnom mjestu, u skladu s osobnim potrebama i sklonostima.
- Palijativna skrb ima zadatak postići i održati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika.
- Palijativna skrb usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje vezane uz uznapredovalu bolest, stoga traži koordiniran doprinos vrlo vještog i primjereno opskrbljenog interdisciplinarnog i multiprofesionalnog tima. Ako to bolesnik želi, akutno nastali problemi mogu se uzeti u postupak, ali ako ne želi mogu ostati izvan postupka uz nastavak adekvatne palijativne skrbi.
- Pristup palijativnoj skrbi treba se zasnivati na potrebama i ne treba biti pod utjecajem tipa bolesti, zemljopisnog smještaja, društveno-gospodarskog statusa ili sličnih čimbenika.
- Obrazovni programi o palijativnoj skrbi trebaju se uključiti u školovanje svih zdravstvenih profesionalaca kojih se to tiče.
- Treba poduzeti istraživanja koja bi poboljšala kvalitetu skrbi. Sve zahvate palijativne skrbi treba što je više moguće potkrijepiti odgovarajućim podacima istraživanja.
- Palijativna skrb treba dobiti primjeren i pravedan stupanj financiranja.
- Kao i u svim područjima medicinske skrbi, zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu skrb, moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti u skladu s profesionalnim obvezama i standardima i u tom kontekstu raditi u interesu bolesnika.
- Fokus palijativne skrbi u završnoj (terminalnoj) fazi bolesti nije izlječenje nego ublažavanje nelagode i boli te održavanje kvalitete života do njegovog kraja kroz kontrolu simptoma, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku bolesnika.
- Dostupnost palijativne skrbi mora se zasnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba.

3.2. Proces umiranja

Proces umiranja može biti strašniji od same spoznaje da će život završiti. Od „dobre“ umiruće osobe očekuje se da se pretvara kako je poboljšanje nadohvat ruke, da prepušta odluke o tretmanu drugima i da razgovara o neutralnim temama ili neposrednoj budućnosti. Svrha ove uloge je zaštita preživjelih od onoga što i oni moraju izdržati na kraju vlastita života.

3.2.1 Pet faza umiranja prema Kuebler - Ross

Smrt je u svakom slučaju velik emocionalni gubitak za one koji ostaju. Međutim, drugačije se emocionalno doživljava iznenadni gubitak voljene osobe od gubitka bliske osobe koja je dugo vremena bolesna i kod koje se realno očekuje smrt. Osobe koje boluju od neizlječivih bolesti prolaze proces vlastitog prilagođavanja na svoju bolest i smrt. Taj se proces sastoji od više faza, koje u konačnici vode u osvješćivanje vlastitog stanja. Razumijevanje tih faza može nam pomoći da shvatimo kako ljudi proživljavaju važne gubitke u svom životu. Dr. Elisabeth Kubler-Ross, psihijatričarka bolnice u Chicagu, u svojoj knjizi *O smrti i umiranju* opisala je faze koje prolaze umirući:

- **Negiranje.** U toj fazi osoba nije svjesna težine vlastitoga stanja i odbija činjenicu da će umrijeti. Negiranje je privremeni obrambeni mehanizam, koji traje neko vrijeme dok osoba ne prihvati vlastito stanje.
- **Ljtnja.** Nakon faze negiranja javlja se faza ljtnje. Izražavajući ljtnju pacijenti se djelomično oslobađaju svojih strahova, ljubomore, napetosti i frustracija. Oni svoju ljtnju i bijes usmjeravaju prema onome tko im je u tim trenucima najbliži, bilo da su to rodbina, liječnici, medicinske sestre ili netko zdrav u njihovoj blizini.
- **Pogodba.** Nakon faze ljtnje na sebe i na svoje najbliže, slijedi faza pogodbe. U toj se fazi osobe obično okreću religiji ili crkvi. One se približavaju vjeri i Bogu; kaju se za grijehe koje su ranije počinile, posvećuju se, predaju crkvi i na taj način misle da produžuju preostalo vrijeme života.
- **Depresija.** Kada shvate da ništa ne može promijeniti njihovu sudbinu, ulaze u fazu depresije. Postaju povučene u sebe, odbijaju odlazak prijateljima ili rodbini. Produžen

period povlačenja u sebe i oplakivanja vlastite sudbine normalno je ponašanje u toj fazi.

- **Prihvatanje.** Za vrijeme te faze pacijenti u potpunosti prihvaćaju činjenicu da moraju umrijeti. Ljutnja, depresija u ovoj fazi obično nestaju. Dr. Kubler-Ross opisala je tu fazu kao period bez mnogo osjećaja. Pacijenti se ne osjećaju ni sretni ni tužni. Mnogi su mirni i povučeni u sebe. Odbijaju mnoštvo ljudi. Preferiraju biti sami ili u društvu malo odabranih, bliskih prijatelja ili rodbine.

3.2.2. Alternativna gledišta

Drugi istraživači ne nalaze istih pet faza. Konzistentno se javlja samo depresija. Ne izražavaju svi sve faze te netko može očitovati dvije ili tri faze istovremeno. Alternativna gledišta su kako *smrt donosi dvije vrste opterećenja*.

- Osoba se mora pripremiti za vlastitu smrt
- Osoba se mora nositi sa interpersonalnim aspektima smrti koji se tiču bliskih osoba

Procesi suprotstavljanja tih dvaju procesa uključuju neprestanu izmjenu između pervazivnih emocionalnih stanja (bol, žalost, patnja, bijes, anksioznost i poricanje).

Pattson sugerira kako smrt nije problem života jer nije podložna intervenciji, već da je bitan proces umiranja koji se sastoji od tri faze:

1. Faza akutne krize

- treba spriječiti kaotičnu dezintegraciju života umiruće osobe, integrirati proces umiranja s njenim životnim stilom i okolnostima
- u ovoj fazi emocionalna potpora jako je važna

2. Faza akutnog kroničnog življenja-umiranja

- osoba se mora nositi sa strahovima (strah od nepoznatog, gubitka tijela, gubitka prijatelja, gubitka identiteta...)
- na početku osoba pokazuje tipična optimistična očekivanja puna nade
- promjena ovog stava označava početak terminalne faze

3. Terminalna faza

- osoba može nastaviti osjećati nadu za životom, ali očekivanje da će se ta nada ispuniti više ne postoji

- ta promjena u kvaliteti nade može biti uključena u psihološke procese odustajanja i predavanja smrti⁷

3.2.3. Problem otvorene komunikacije s umirućim

Jedan od problema s kojim se često susrećemo jest problem otvorene komunikacije, kako s umirućim, tako i među onima koji ostaju. U odnosu na umirućeg, prisutan je strah od uspostavljanja dijaloga, jer nismo spremni suočiti se sa smrću i strahom kako kod umirućeg tako i kod nas samih, te s našom bespomoćnošću i nemogućnošću da odgovorimo na izrečena i neizrečena pitanja umirućega, koja su ujedno i naša neizrečena pitanja: što dalje i zašto. Drugi vrlo važan problem jest opraštanje od nekoga. Bježeći od sučeljavanja sa smrću, radeći brojne bespotrebne ili manje važne aktivnosti, propuštamo vrijeme za opraštanje i kada smrt stigne ostajemo zatečeni, jer smo u svojoj jurnjavi zaboravili najvažniju stvar: slušati i reći onome koji umire svoje osjećaje, oprostiti se od njega. To se vrijeme ne može vratiti, a mi ostajemo s nezavršenim procesom opraštanja i s krivnjom što to nismo učinili. Osjećaj krivnje za sve neizrečeno i neučinjeno i za sve loše učinjeno, vrlo je često prisutan nakon smrti i izvor je brojnih ozbiljnih psiholoških problema jer nemamo mogućnosti dobiti oprost. Napokon smo došli do osnovnog problema, koji povezuje i opraštanje i krivnju, a to je proces žalovanja, u kojemu se, gledajući psihološko-dinamički, odvija nekoliko različitih procesa koji se međusobno isprepleću.

3.2.4. Psihološki aspekti umiranja i smrti

Problem smrti i umiranja prisutan je u brojnim djelima i predmet je brojnih znanstvenih istraživanja. Premda s biološkog stajališta više gotovo da i nema tajni, smrt i umiranje emocionalno su neprihvatljivi danas kao i jučer. Problem krivnje, nezavršeni i odgođeni procesi žalovanja, opraštanje, uzrok su brojnih psiholoških problema, a često i ozbiljnih psihičkih poremećaja. Današnji čovjek koristi brojne mehanizme kojima nastoji umanjiti strah i "pobjeći" od smrti, tražeći sada na svoj znanstveni način formulu za vječnost. U dinamici zbivanja vezanoj uz smrt ne nalazimo razlike u odnosu na dinamiku opisanu od učitelja psihijatrije prije nekoliko desetljeća. U susretu sa smrću služimo se brojnim

⁷ www.ffzg.unizg.hr/psiko/stup/skripte/.../Kraj%20života-sažetak.doc

mehanizmima kojima se branimo od negacije, identifikacije, introjeksijske i slično, ali rezultat ostaje isti. Govoriti o umirućima, koji umiru sami u bolnicama, domovima, među aparatima, govorimo o nama, koji plašeći se susreta sa smrću i našom bespomoćnošću, ostavljamo naše najbliže da u smrti budu sami, a pritom mi ostajemo s brojnim psihološkim problemima koji ozbiljno ugrožavaju naše mentalno zdravlje (prema Hercigonja-Kocijan, 1997).

3.2.4.1. Odnos čovjeka prema umiranju i smrti

Umiranje i smrt zauzimaju značajno mjesto u psihopatološkim doživljavanjima suvremenog čovjeka, iako često, zbog prikrivenosti, problem nije poznat čak ni stručnjacima koji se bave problemima mentalnog zdravlja. Prema Edgaru Morinu tijekom razvoja ljudskog društva odnos čovjeka prema umiranju i smrti mijenjao se i prolazio tri faze:

- 1.) Prva faza vezana je za razdoblje života u arhaiskom društvu, u kojem smrt nije bila nešto konačno. Ona je bila uvod u novo rađanje. Pokojnici su nastavljali živjeti na drugom svijetu, ali u isto vrijeme kao dvojnici (duhovi ili utvare) bili su prisutni u svakodnevnom životu arhaiskog čovjeka. Oni su i dalje bili dio čitave zajednice pa je otuda polazio i određeni odnos i obveze prema pokojniku, njegovoj duši i tijelu.
- 2.) U drugoj fazi, koja obuhvaća metafizičko društvo, dolazi do korjenitog odvajanja živih od pokojnika, a među mrtvima dolazi do raslojavanja na one važne i one manje važne, pa je taj odnos odredio i stavove prema pokojniku, ali sada samo kao osobi koje više nema i kojoj se daju određene počasti prilikom ukopa i o obljetnicama, ali ona nema više nikakva udjela i utjecaja u životu zajednice.
- 3.) Treća je faza, faza modernog čovjeka, koji niječe duh i dušu, obezvređuje mitove i obrede pokojnika.

Čovjek modernog doba, nalazeći se tehnički na najrazvijenijem stupnju, na izazov starenja, a onda i smrti, reagira strahom, koji je veći od straha ljudi iz prijašnjih epoha. Njegova negacija starenja samo je lice, a ne i naličje, koje je zapravo preplavljeno strahom od umiranja i smrti. Današnji čovjek obogaćen je brojnim spoznajama utemeljenima na znanstvenim otkrićima, ima spoznaje o starenju s biološkog stajališta, od stanice, organa, do čitavog tijela, posjeduje objektivne pokazatelje da utvrdi trenutke biološkog starenja, dakle kognitivno može razumjeti, ali emocionalno može prihvatiti manje nego ikada ranije.

Otuđenje od starenja direktan je refleks straha od smrti, tako da danas ljudi umiru sami u bolnicama, među strancima ili aparatima, daleko od onih s kojima su proveli čitav život.

Ta danas sve prisutnija situacija podsjeća na razdoblje srednjeg vijeka i odnose prema duševnim bolesnicima, koji su bili smješteni u udaljene institucije, napuštene dvorce, što dalje od takozvanog normalnog svijeta, koji se je plašio susreta s duševnim bolesnicima iz brojnih razloga: jedan od bitnih bio je strah da se to i njima ne dogodi, kao i bespomoćnost da to spriječe. Čini se da se danas ponavlja ta situacija u odnosu na starenje, umiranje i smrt. Često se pod izlikom pomoći umiruće prevozi u institucije, što dalje, bez obzira na rizik smrti u prijevoznom sredstvu, samo da se to ne dogodi kraj nas. U osnovi tog osjećaja najčešće nije briga, nego strah. Današnji čovjek, opterećen strahom od starenja, smrti, krivnjama, nedovršenim opraštanjem i neprorađenim žalovanjem, sve više ulazi u brojne psihološke probleme i bolesti i umjesto da gubitak neke osobe bude poticaj za uspostavljanje nekih novih, kvalitetnijih, odnosa među onima koji su ostali, gubitak postaje razlogom udaljavanja, gubitka komunikacije i izvor brojnih depresivnih reakcija i stanja.

4. DEFINIRANJE PROBLEMA ISTRAŽIVANJA

Slijedom svega navedenog o starosti, starenju i odnosu društva kroz povijest prema starijima i nemoćnima, provedeno je istraživanje percepcije i stavova učeničke populacije na starenje. Dosadašnja istraživanja o percepciji i stavovima učeničke populacije, na okolnosti starenja, ukazala su na ograničene i često jednodimenzionalne poglede na problematiku starenja.

Polazeći od činjenice da je najveća briga, pomoć i zaštita, ljudima potrebna na početku i na kraju života, razumljivo je da se u posljednjem razdoblju života prije smrti očekuje posebna skrb, osjećajna toplina i prijateljstvo. Iako većina starih ljudi želi umiranje u obitelji, ipak najveći dio starijih osoba danas umire sam u vlastitu domu, ili u nekoj od institucija zdravstvene ili socijalne skrbi (prema Todorčić, 2008).

Postojeće predrasude o starenju kao isključivo negativnom procesu uvjetuju društvenu marginalizaciju starih ljudi i određuju njihovu pasivnu ulogu u starijoj dobi. Upravo na rušenju predrasuda o starosti i starenju kao nečem negativnom, a ne kao sastavnom dijelu

života, koji kao i svaki drugi ima svojih pozitivnih i negativnih obilježja, treba pripremati podlogu za drukčiji, humaniji odnos prema starijim ljudima u trećem tisućljeću.

Izgledno je da se u dalekoj budućnosti može dogoditi i da mlađe osobe obolijevaju od bolesti karakteristične za stariju životnu dob kao što su kardiovaskularne bolesti, endokrine bolesti, cerebrovaskularne bolest i slično, a sve to zbog sve većih zahtjeva i potreba društva.

Zbog toga je nužno ispitati stavove učenika o starenju, s obzirom na to da se konotacije koje se pripisuju procesu starenja više ne vežu toliko samo za biološku dob. Prema podacima iz 2003. godine Hrvatska je na trinaestom mjestu u svijetu po prevalenciji prekomjerne tjelesne težine. Navedeni podatak alarmantan je pokazatelj opasnosti od obolijevanja koja mogu dovesti do kratkog vijeka produktivnosti mlađih dobnih skupina koje će tada postati ovisne o pomoći aktualne stare dobnе skupine (prema Medanić i Pucarín-Cvetković, 2012).

Stoga je važno fokusirati se na očuvanje i razvijanje samostalnosti starijih osoba putem izvaninstitucionalnih oblika skrbi. Naime, svako institucionaliziranje osobe dovodi do razvoja kategorizacije sukladno sredini u kojoj se nalazi. Ako je osoba smještena u dom za starije i nemoćne, ona je automatski gledana kroz prizmu nedostataka/slabosti, a ne očuvanih sposobnosti. Također, identitet te iste osobe se gubi jer je klasificirana na temelju zajedničkih obilježja grupe u kojoj se nalazi. Iz navedenog, možemo zaključiti da proces kategorizacije dovodi do razvoja stereotipizacije. Mnogobrojna su istraživanja pokazala kako stariji ljudi trebaju uspostaviti ravnotežu između sigurnosti koju pruža podupiruća okolina i samostalnosti koju može ohrabriti poticajna okolina.

Cilj je modernog društva potpuna integracija staračke populacije u društvo, u svrhu postizanja najbolje kakvoće života starijih članova društva i njihovih obitelji. Važna sastavnica tog integrativnog modela je i palijativna skrb kroz kontrolu simptoma, u prvom redu boli, ali i ostalih, poput gastrointestinalnih, respiratornih, neuroloških simptoma te njege kože i sluznice (prema Butković, 2009).

Teorijska znanja i činjenice poslužit će za daljnju provedbu istraživanja i pronalaženje ključnih čimbenika utjecaja na stvaranje bolje percepcije stanovništva po pitanju postizanja integracije starijih osoba u društvu, na temelju provedenog primarnog i sekundarnog

istraživanja, kao i za pronalaženje odgovarajućih zaključaka i smjernica za potencijalno unapređenje tih stavova.

Teorijska znanja potvrdit će se empirijskom valorizacijom kroz samo istraživanje poimanja i stavova učenika o starosti općenito, kao i njihova mišljenja o starijim i starim osobama te će se utvrditi eventualne razlike u stavovima, ovisno o školi koju pohađaju.

4.1. Cilj istraživanja

Opći cilj istraživanja je: istražiti znanje i stavove učenika srednjih strukovnih škola u Zagrebu o starosti i starenju. Specifični problemi istraživanja su:

Specifični cilj 1: Istražiti stavove prema starijima kod učenika različitih srednjih škola u Zagrebu (Tehnička škola i Škola za medicinske sestre Vinogradska).

Specifični cilj 2: Istražiti postoje li razlike u stavovima među učenicima srednjih škola u Zagrebu, s obzirom na spol i na to stanuju li sa starijom osobom.

4.2. Hipoteze

U ovom radu postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Stanovanje sa starijim osobama utječe na pozitivniju ili negativniju sliku o starijim osobama.

H2: Postoji statistički značajna razlika u stavovima o starenju kod muških i ženskih ispitanika.

4.3. Ispitanici i metode

4.3.1. Ispitanici

U ovom istraživanju sudjelovali su učenici dviju srednjih škola u Zagrebu. Ukupno je sudjelovalo 221 učenik, od toga je njih 123 iz Tehničke škole te 98 učenica i učenika Škole za medicinske sestre. Ispitanici su imali između 16 i 20 godina ($M=17,99$). Koristio se namjerni, prigodni uzorak učenika.

4.3.2. Instrumenti

Anketa koja sadržava upite o demografskim podacima važnima za ovo istraživanje, kao što je suživot sa starijom osobom, podaci o njihovoj dobi, mjestu stanovanja te percepciji starosti (kada počinje starost).

Test znanja o starenju i starosti koji sadrži dvanaest tvrdnji koje su učenici trebali prepoznati i označiti točnima ili netočnima, te *Skalu o značenju stava o starijoj osobi* u obliku skale procjene, gdje su učenici trebali odrediti kako oni percipiraju starog čovjeka i na skali od 1 do 5 označiti u kolikoj se količini određena karakteristika na listi, od njih osamnaest, odnosi upravo na starog čovjeka. Sve navedeno nalazi se u *Prilogu* te je bilo formirano u jedinstveni listić koji su učenici ispunjavali do trideset minuta.

4.3.3. Postupak

Provedeno je presječno istraživanje u kojem su sudjelovali učenici dviju strukovnih škola tijekom 2014. godine. Učenici su zamoljeni da ispune anoniman upitnik na kraju nastave i da ga odlože u za to predviđenu kutiju.

Prikupljeni podaci obrađeni su pomoću statističkog programa SPSS 14.0.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju provedenom na 221 učeniku (Tablica 2.) dviju različitih srednjih strukovnih škola u gradu Zagrebu prikupljeni su sociodemografski podaci, podaci o njihovom znanju o starenju i starosti te podaci o njihovoj percepciji starijih ljudi.

Tablica 2. Prikaz sudionika prema školi koju pohađaju

| Škola: | Broj ispitanih |
|--|-----------------------|
| Tehnička | 123 |
| Škola za medicinske sestre Vinogradska | 98 |
| UKUPNO: | 221 |

Tablica 3. Prikaz sudionika prema dobi

| Navršene godine života | Broj učenika/ca | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------------------|------------|
| | Tehnička škola | Škola za medicinske sestre | Ukupno |
| 16 | 1 | 0 | 1 |
| 17 | 21 | 9 | 30 |
| 18 | 80 | 84 | 164 |
| 19 | 18 | 4 | 22 |
| 20 | 3 | 1 | 4 |
| UKUPNO: | 123 | 98 | 221 |

Tablica 4. Prikaz sudionika prema spolu i školi koju pohađaju

| SPOL | Tehnička škola | Škola za medicinske sestre |
|----------------|----------------|----------------------------|
| Muški | 85 | 24 |
| Ženski | 37 | 70 |
| UKUPNO: | 122 | 96 |

* nekoliko ispitanih nije u anketi navelo kojeg su spola

S obzirom na to da su u anketi učenici i učenice zastupljeni u podjednakom broju, u daljnjoj analizi moći ćemo ispitati razlikuje li se stav učenika (M) i učenica (Ž) prema pojmu starosti i okolnostima vezanim za taj pojam, statistički značajno, bez obzira na to koji tip škole pohađaju.

Većina ispitanih učenika katoličke je vjere (91 %), a svega ih se nekoliko izjasnilo kao pripadnici islama, židovske vjere, kao agnostici ili ateisti ili pak nisu odgovorili. Polovica sudionika živi u gradu (48,8 %), što nam omogućuje i daljnju analizu o tome razlikuju li se njihovi stavovi ovisno o mjestu stanovanja (selo-grad).

Prema rezultatima, većina sudionika živi s još troje ili četvero ukućana (54,8 %), a najmanji broj njih živi s jednim ili čak sedam ili osam ukućana (Graf. 1)



Graf 1. Prikaz broja osoba s kojima učenici žive u zajedničkom kućanstvu

S obzirom na postavljene hipoteze, važno je bilo ispitati koliko učenika živi s osobama koje smatraju starima jer bi suživot sa starijom osobom ili osobama mogao utjecati na formiranje stavova prema starijima. Prema dobivenim podacima vidljivo je kako najveći broj učenika ne živi sa starijima (49,8 %), a njih ukupno 46 % živi s jednom ili dvije starije osobe (Graf. 2).



Graf 2. Prikaz broja starijih ukućana učenika dviju strukovnih srednjih škola u Zagrebu

Osim toga, bilo je važno ispitati i percepciju učenika o tome što znači da je netko star, odnosno kada po njima počinje starost. Njihova percepcija početka starosti daje nam realniji uvid u to što ispituje te može pružiti uvid u to imaju li dovoljna znanja o starosti. Prema dobivenim rezultatima uočavamo kako najveći broj učenika (41,2 %) smatra da je osoba stara ukoliko ima između 60 i 69 godina, što se i u literaturi navodi kao prijelazno razdoblje iz kasne odraslosti u starost. No, važno je naglasiti kako 21,3 % učenika smatra da starost započinje između 50 i 59 godina, što nas upućuje u njihovu percepciju starosti (Tablica 5.).

Tablica 5. Prikaz percepcije učenika o početku starosti prema školi koju pohađaju.

| Kada je po vašem mišljenju čovjek star (sa koliko godina) ? | Odgovori učenika/ca | |
|---|---------------------|----------------------------------|
| | Tehnička škola | Škola za medicinske sestre |
| 50-59 | 24 | 23 |
| 60-69 | 47 | 44 |
| 70-79 | 40 | 29 |
| 80-89 | 8 | 2 |
| 90 i više | 3 | 0 |
| UKUPNO: | 122 | 98 |

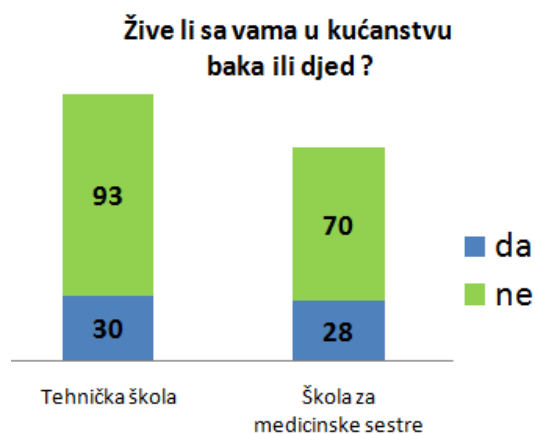
Uz njihovu percepciju početka razdoblja starosti, bitno je bilo ispitati koliko oni sami očekuju da će njihov život trajati, odnosno očekuju li dugu starost. Prema podacima koje smo dobili ovim istraživanjem, možemo utvrditi kako većina učenika očekuje da će živjeti dugo, odnosno, uspoređujući s podacima o percepciji početka starosti, očekuju da će imati dugu starost. Njih 86,3 % očekuje kako će doživjeti 70 godina i više. Vrlo je važno naglasiti kako njih čak 26,6 % očekuje kako će živjeti preko 90 godina života.



Graf 3. Prikaz očekivanih doživljenih godina učenika dviju strukovnih srednjih škola u Zagrebu

Najveći broj ispitanih učenika smatra da će živjeti između 70 i 79 (29,8 %) ili 80 i 89 godina (29,8 %).

U našem društvu postojao je običaj višegeneracijskog stanovanja i dijeljenja života s bakama i djedovima, no danas tome nije tako, što se vidi i prema dobivenim podacima gdje s većinom naših učenika srednjih strukovnih škola u Zagrebu ne žive bake i djedovi (74,4 %). To je važna činjenica kada raspravljamo o stavovima prema starijima.



Graf 4. Prikaz odgovora o suživotu s bakama i djedovima učenika dviju srednjih strukovni škola u Zagrebu.

Ukoliko ne žive s bakama i djedovima, važno je bilo ispitati kakav je njihov odnos, primjerice posjećuju li ih često i slično. 68 % učenika izjavilo je kako im bake i djedovi žive na selu, a od toga, 56,6 % ispitanika posjećuje bake i djedove tjedno ili mjesečno, dok svega 6 % ispitanika uopće ne posjećuje svoje bake i djedove. No, tu valja uzeti u obzir kako su ponekad u pitanju velike geografske daljine te nemaju mogućnost posjećivati ih.

Na *Skali o značenju stava o starijoj osobi* ispitivani su stavovi i percepcija starosti te je zadatak učenika bio procijeniti koliko se pojedina osobina veže uz razdoblje starosti, na skalo od 1 do 5. Na primjer, ako su procjenjivali na diferencijalu BOLESTAN – ZDRAV, ocjena 1 označava „jako bolestan“, a ocjena 5 „vrlo dobro zdravlje“. Stoga bi anketa trebala pokazati u društvu uvriježene stavove o tom pitanju.

Obradom dobivenih podataka može se vidjeti kako učenici srednjih strukovnih škola ne vežu nužno bolest uz starost jer je najveći broj (59,3 %) učenika odredio srednju vrijednost. Naši su ispitanici uglavnom zaokruživali srednje vrijednosti kada su trebali odrediti jesu li stariji siromašniji ili bogatiji (52,9 %), kada su trebali odrediti jesu li uredni ili neuredni (45,7 %), jesu li stariji mršaviji ili deblji (57,5 %), jesu li nepokretni ili pokretni (47,5 %), marljivi ili lijeni (38,9 %), beskorisni ili korisni (40, 3%), psihički samostalni ili nesamostalni (53,8 %), ovisni ili neovisni o tuđoj pomoći (53,4 %), aktivni ili pasivni (47,5 %), društveni ili osamljeni (42,8 %), ružni ili lijepi (53,4 %) te mrzovoljni ili društveni (52,9 %).

Međutim, ispitanici su procijenili kako su stariji iskusniji (43,4 % procijenilo je da su stariji vrlo iskusni) i malo usporeniji (38 % odredilo je da su nešto usporeniji i dalo ocjenu 2). Pri određivanju jesu li stariji i zaboravniji, najveći dio ispitanika je dao srednju vrijednost, ali ih je dosta dalo i ocjenu 2 pa možemo zaključiti kako učenici percipiraju starije nešto zaboravnijima.

Tablica 6. Prikaz frekvencije odgovora za pojedinu osobinu koja se veže uz starenje kod učenika srednjih strukovnih škola u Zagrebu

| BOLESTAN | | | ZDRAV | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------|------------------|-----------|-----------|----------------|
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 11 | 26 | 73 | 10 | 3 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 3 | 25 | 58 | 11 | 1 | 98 |
| UKUPNO: | 14 | 51 | 131 | 21 | 4 | 221 |
| BOGAT | | | SIROMAŠAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 7 | 19 | 61 | 32 | 4 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 1 | 15 | 56 | 22 | 4 | 98 |
| UKUPNO: | 8 | 34 | 117 | 54 | 8 | 221 |
| NEUREDAN | | | UREDAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 6 | 17 | 55 | 29 | 16 | 123 |
| za medicinske sestre | 5 | 18 | 46 | 20 | 9 | 98 |
| UKUPNO: | 11 | 35 | 101 | 49 | 25 | 221 |
| DEBEO | | | MRŠAV | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |

| | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Tehnička | 6 | 31 | 65 | 18 | 3 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 5 | 6 | 62 | 24 | 1 | 98 |
| UKUPNO: | 11 | 37 | 127 | 42 | 4 | 221 |
| NEPOKRETAN | | | POKRETAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| tehnička | 5 | 27 | 55 | 27 | 9 | 123 |
| za medicinske sestre | 2 | 28 | 50 | 15 | 3 | 98 |
| UKUPNO: | 7 | 55 | 105 | 42 | 12 | 221 |
| MARLJIV | | | LIJEN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 17 | 19 | 48 | 28 | 11 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 8 | 31 | 38 | 18 | 3 | 98 |
| UKUPNO: | 25 | 50 | 86 | 46 | 14 | 221 |
| BESKORISTAN | | | KORISTAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 3 | 8 | 46 | 44 | 22 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 3 | 13 | 43 | 26 | 13 | 98 |
| UKUPNO: | 6 | 21 | 89 | 70 | 35 | 221 |
| PSIHIČKI SAMOSTALAN | | | PSIHIČKI NESAMOSTALAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 10 | 26 | 64 | 18 | 5 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 6 | 21 | 55 | 13 | 3 | 98 |
| UKUPNO: | 16 | 47 | 119 | 31 | 8 | 221 |
| OVIŠAN O TUĐOJ POMOĆI | | | NEOVIŠAN O TUĐOJ POMOĆI | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UKUPNO: |
| Tehnička | 8 | 27 | 61 | 21 | 6 | 123 |

| | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|----------------|
| Škola za medicinske sestre | 1 | 29 | 57 | 8 | 3 | 98 |
| UKUPNO: | 9 | 56 | 118 | 29 | 9 | 221 |
| AKTIVAN | | | PASIVAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 3 | 24 | 58 | 26 | 12 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 3 | 24 | 47 | 23 | 1 | 98 |
| UKUPNO: | 6 | 48 | 105 | 49 | 13 | 221 |
| ZABORA VAN | | | DOBRO PAMTI | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 12 | 46 | 38 | 20 | 7 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 9 | 30 | 43 | 14 | 2 | 98 |
| UKUPNO: | 21 | 76 | 81 | 34 | 9 | 221 |
| DRUŠTVEN | | | OSAMLJEN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 13 | 28 | 45 | 24 | 13 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 6 | 27 | 48 | 12 | 5 | 98 |
| UKUPNO: | 19 | 55 | 93 | 36 | 18 | 221 |
| LIJEP | | | RUŽAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 10 | 12 | 58 | 29 | 14 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 7 | 10 | 60 | 17 | 4 | 98 |
| UKUPNO: | 17 | 22 | 118 | 46 | 18 | 221 |
| ISKUSAN | | | NEISKUSAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 58 | 21 | 26 | 11 | 7 | 123 |

| | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----------|---------------|-----------|-----------|----------------|
| Škola za medicinske sestre | 38 | 23 | 22 | 7 | 8 | 98 |
| UKUPNO: | 96 | 44 | 48 | 18 | 15 | 221 |
| USPOREN | | | UBRZAN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 31 | 46 | 39 | 4 | 3 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 14 | 38 | 41 | 4 | 1 | 98 |
| UKUPNO: | 45 | 84 | 80 | 8 | 4 | 221 |

| | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|----------------|
| MRZOVOLJAN | | | RASPOLOŽEN | | | |
| Škola | Broj odgovora po skali | | | | | UKUPNO: |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Tehnička | 9 | 21 | 53 | 32 | 8 | 123 |
| Škola za medicinske sestre | 3 | 12 | 64 | 12 | 7 | 98 |
| UKUPNO: | 12 | 33 | 117 | 44 | 15 | 221 |

Kada govorimo o znanju ispitanika, učenika srednjih strukovnih škola, možemo reći kako su učenici uglavnom znali činjenice koje su im prezentirane u *Testu znanja o starenju i starosti* koji se sastojao od dvanaest tvrdnji, a njihov zadatak bio je procijeniti je li napisana tvrdnja točna ili nije. Općenito, učenici su u većem broju znali odgovore na devet od dvanaest tvrdnji jer je većina ispitanika zaokružila točan odgovor.

Tvrdnje koje učenici nisu znali točno odgovoriti su:

- 1.) „Najveći dio starijih ljudi može samostalno obavljati sve svakodnevne aktivnosti.“
Kod ove tvrdnje veći dio učenika (57,9 %) odredio je da ne mogu.
- 2.) „Umne sposobnosti redovito opadaju starenjem.“ Čak je 78,7 % učenika procijenilo tvrdnju kao točnu, a tek 21,3 % kao netočnu, što je ispravan odgovor.
- 3.) „Većina obitelji je zapustila svoje starije članove.“ Tvrdnju je procijenilo kao točnu 59,7 % ispitanika, dok ona to nije.



Graf. 5 Grafički prikaz odgovora učenika na prvu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



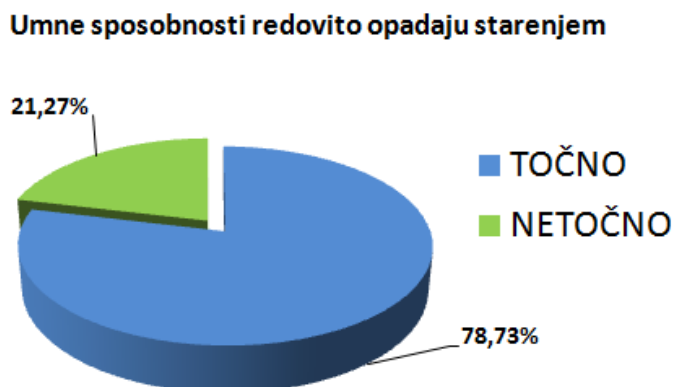
Graf. 6. Grafički prikaz odgovora učenika na drugu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*.



Graf 7. Grafički prikaz odgovora učenika na treću tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



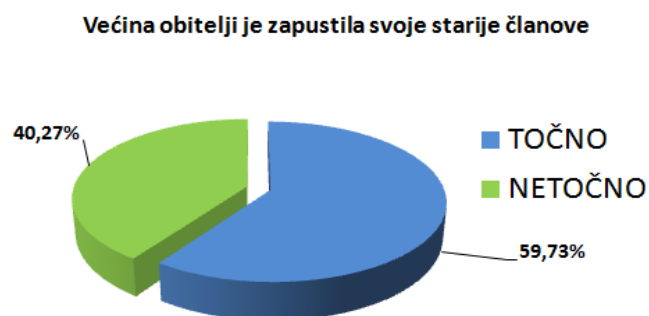
Graf 8. Grafički prikaz odgovora učenika na četvrtu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



Graf 9. Grafički prikaz odgovora učenika na petu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



Graf 10. Grafički prikaz odgovora učenika na šestu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



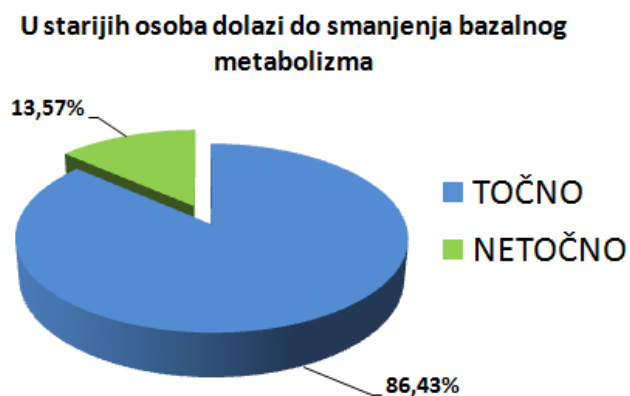
Graf 11. Grafički prikaz odgovora učenika na sedmu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



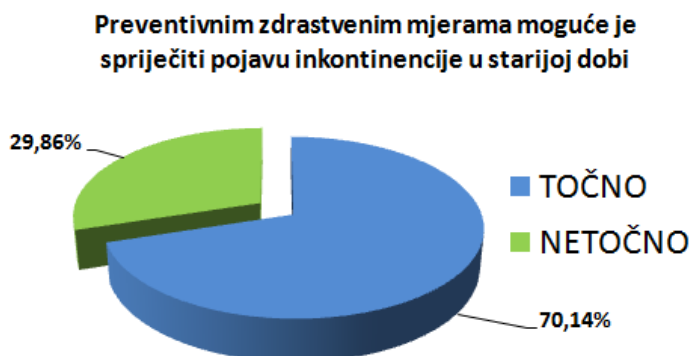
Graf 12. Grafički prikaz odgovora učenika na osmu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



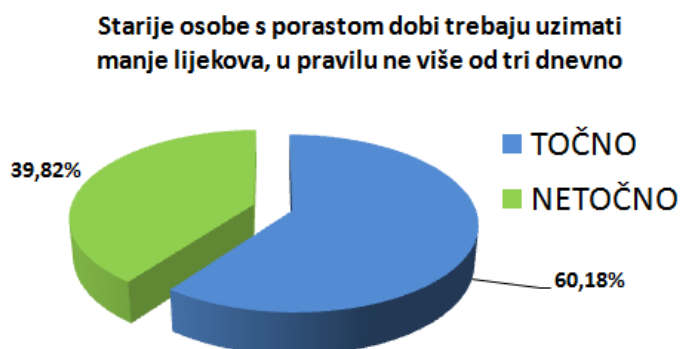
Graf 13. Grafički prikaz odgovora učenika na devetu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



Graf 14. Grafički prikaz odgovora učenika na desetu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



Graf 15. Grafički prikaz odgovora učenika na jedanaestu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*



Graf 16. Grafički prikaz odgovora učenika na dvanaestu tvrdnju u *Testu znanja o starosti i starenju*

Iz dobivene obrade podataka može se zaključiti kako učenici srednjih strukovnih škola posjeduju dovoljno znanja o starosti i starenju, te da u obje škole jednako procjenjuju koje se karakteristike vežu uz stare ljude. Možemo sažeti rezultate na to da učenici uglavnom ne žive sa starijim članovima obitelji, bake i djedovi im žive na selu, a posjećuju ih jednom tjedno do jednom mjesečno. Uglavnom smatraju kako su stariji iskusniji i nešto malo usporeniji od njih, ali u testu znanja procjenjuju da stariji ipak trebaju pomoć i da ne mogu baš sve samostalno obaviti, da im s vremenom opadaju umne sposobnosti i da većina starijih je zaboravljena od strane svoje obitelji, što se podudara s navedenim istraživanjima (primjerice Rusac, 2011).

6. RASPRAVA

Briga za starije osobe predstavlja odgovornost čitavog društva, s obzirom na to da starenje stanovništva djeluje na ukupni gospodarski razvoj te na taj način, odnos prema starijoj populaciji utječe na društvenu interakciju, život općenito, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku. Zbog svega navedenog, važno je provjeriti stavove naših mladih o starijima, kako bismo provjerili osjećaju li i oni tu odgovornost.

Obradom dobivenih podataka može se vidjeti kako učenici srednjih strukovnih škola ne vežu nužno bolest uz starost jer je najveći broj (59,3 %) učenika odredio srednju vrijednost. Naši ispitanici uglavnom su zaokruživali srednje vrijednosti kada su trebali odrediti jesu li stariji siromašniji ili bogatiji (52,9 %), jesu li uredni ili neuredni (45,7 %), mršaviji ili deblji (57,5 %), kao i kada su trebali odrediti jesu li stariji nepokretni ili pokretni

(47,5 %), marljivi ili lijeni (38,9 %), beskorisni ili korisni (40,3 %), psihički samostalni ili nesamostalni (53,8 %), ovisni ili neovisni o tuđoj pomoći (53,4 %), aktivni ili pasivni (47,5 %), društveni ili osamljeni (42,8 %), ružni ili lijepi (53,4 %) te mrzovoljni ili društveni (52,9 %). Ovakvi rezultati mogli bi značiti da učenici srednjoškolske dobi ne razmišljaju dovoljno o starijim osobama, posebno u područjima koje se odnose na kvalitetu života starije osobe.

Međutim, ispitanici su procjenjivali kako su stariji iskusniji (43,4 % procijenilo je da su stariji vrlo iskusni) i malo usporeniji (38 % odredilo je da su nešto usporeniji i dalo je ocjenu 2). Pri određivanju jesu li stariji i zaboravniji, najveći je dio ispitanika dao srednju vrijednost, ali ih je dosta dalo i ocjenu 2, stoga možemo zaključiti kako učenici percipiraju starije nešto zaboravnijima.

Navedeno je sukladno dosadašnjim istraživanjima u kojima se provjeravala percepcija starosti ili stavovi o starijima (Shaie i Willis, 2000, Despot Lučanin, 1997, Despot Lučanin i Havelka, 2000). Pozitivno je što ispitanici smatraju kako su stariji iskusniji te da od njih zaista možemo dobiti određeni kapital znanja, odnosno vide ih kao korisne članove našeg društva. Uz to ih doživljavaju usporenima, što se podudara s proučavanjem starosti (Schaie i Willis, 2000), gdje je vidljivo kako se sa starenjem usporavaju i motoričke sposobnosti.

Prema dobivenim rezultatima možemo zaključiti da učenice i učenici srednjih strukovnih škola imaju sljedeću percepciju starosti: nisu nužno bolesni, ne moraju biti siromašni ni lijeni, nepokretni i nesamostalni. Smatraju kako stariji mogu samostalno obavljati određene poslove, no ne sve (Graf. 5.)

Palmore (2001) je istraživao prisutnost i vrste dobne diskriminacije te skupine koje su joj najviše izložene. Rezultati su pokazali dvadesetak različitih primjera dobne diskriminacije, od onih lakših kao što su vicevi na temelju dobi, do onih koji se odnose na uskraćivanje organiziranog smještaja, zdravstvene zaštite i zaposlenja. Sukladno tome, i rezultati meta-analize Johnsona i Kite govore da ljudi doista negativnije vrednuju (evaluiraju) starije od mlađih dobnih skupina (prema Šućur, 1998). Nerijetko se događa da ljudi smatraju kako starije osobe i sama starost nose konotaciju ovisnosti o drugima. Međutim, sa sigurnošću se može reći kako svaka obitelj održava stav uzajamnosti koji dopušta članovima obitelji da ovisе o rodbini što se tiče financijske, fizičke ili emocionalne potpore. Tako starost ne donosi nešto novo u smislu ovisnosti, što nije postajalo ranije, ali dolazi do promjene u prirodi ovisnosti (prema Schaie i Willis, 1996).

Kako se približava starost, tako dolazi do pomaka u ravnoteži između samostalnosti i neovisnosti. Stariji ljudi trebaju uspostaviti ravnotežu između sigurnosti koju pruža podupiruća okolina i samostalnosti koju može ohrabriti poticajna okolina. Ljudi u starosti obično odlaze u mirovinu i suočavaju s mogućnošću bolesti. Oni se do izvjesne mjere moraju osloniti na svoju odraslu djecu koja im pružaju financijsku i fizičku pomoć, što je obrat u trendu povećanja neovisnosti koji su iskusili od rođenja. Upravo takva narušena ravnoteža samostalnosti i neovisnosti često može dovesti do stereotipiziranja starijih osoba. No, bitno je napomenuti da starije osobe, osim potrebe za podrškom iz okoline, mogu uvelike pomoći mladima u prijenosu znanja, iskustva, umijeća. Dakle, starost je doba mudrosti, akumuliranog znanja, iskustva, umijeća i vještina. Sve te kvalitete moraju biti iskoristive u okviru savjetodavne funkcije u svojoj osnovnoj profesiji ili u obitelji i u zajednici, gdje stariji ljudi žive i stvaraju. Starost je vrijeme kada život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mlađoj životnoj dobi. Otvaraju se šanse razvoja i mogućnosti ostvarenja preorijentacijskih radnih aktivnosti. Aktivno zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama te stalnom učenju i otkrivanju prednosti u starenju i starosti.

Ipak, starost može biti vrijeme značajnih postignuća. Mnogi ljudi stariji od šezdeset ili sedamdeset godina, pa čak i od osamdeset, dali su značajne doprinose umjetnosti, znanosti, obrazovanju i politici. Upravo u svrhu istraživanja odnosa između dobi i kreativnosti, psiholozi su ispitali kreativne proizvode znanstvenika, filozofa, umjetnika, poslovnih ljudi, političara, šahista i drugih, za čija se postignuća može reći da su važna i značajna. Jedan dobar primjer doprinosa jest Goetheov *Faust* kojeg je dovršio nakon osamdesete godine.

U današnjim modernim društvima stariji ljudi imaju niži status i manje moći nego su je imali u predmodernim kulturama. Naime, u društvu koje prolazi kroz stalne promjene, akumulirano znanje starijih često se mladima više ne čini vrijednim izvorom mudrosti, nego jednostavno nečim zastarjelim. Istodobno, stariji ljudi su danas puno manje skloniji prihvatiti starenje kao neizbježan proces propadanja tijela (prema Peršin i Kufrin, 2009).

Problemom *ageizma* već smo se pozabavili u uvom radu, stoga ćemo ovdje samo podsjetiti na njega. Posebno valja upozoriti na onaj u medijima. Naime, u medijskim sadržajima u kojima je vidljiv nedostatak profesionalizma, ali i novinarske etike, često nema mjesta za teme o starijim osobama ili ih se prikazuje u negativnom kontekstu. Stereotipnim prikazivanjem starijih ljudi na medijima, mogu se stvoriti predrasude, ali i netolerantno društvo. Stoga je nužno senzibilizirati javnost o tom problemu, a sustavan rad na tome trebao

bi započeti u akademskoj zajednici. U javnu raspravu o spomenutom problemu, osim akademskih i medijskih stručnjaka, trebale bi biti uključene i udruge koje okupljaju osobe starije životne dobi, ali i mnoge druge osobe koje su kompetentne u području rješavanja tog problema. Tek tada bit će moguće zakonski regulirati i sankcionirati *ageizam*.

7. ZAKLJUČAK

Starenje je pojava koja se manifestira na osobnoj, ali i na društvenoj razini. Za osobu je starenje proces fizičkih, mentalnih i psihičkih promjena koje se događaju tijekom ukupnog životnog ciklusa, a u posljednjoj se trećini života značajno intenziviraju. Već je ranije istaknuto da je briga za starije osobe odgovornost čitavog društva, budući da starenje stanovništva utječe na cjelokupni gospodarski razvoj te na taj način odnos prema starijoj populaciji utječe na društvenu interakciju, život općenito, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku. Upravo zbog prethodno navedenog, zaključujemo kako je starenje stanovništva postalo jedno od najvažnijih pitanja budućeg društvenog razvoja velikog broja zemalja, stoga se ovim radom nastojalo utvrditi stavove naših mladih o starijima, kako bismo provjerili osjećaju li i oni tu odgovornost.

Utjecaji i posljedice relativno brzih povećanja udjela stare populacije u društvu očituju se u najvažnijim sektorima kao što su gospodarstvo, zdravstvo, socijalna skrb i brojni drugi. Unatoč tome što se starosti kao fenomenu u politici skrbi, često prilazi na individualnoj razini, kako bi se pronašli odgovori na specifične potrebe starijih osoba, ipak se danas neka razvijena društva izrazito trude da starenju i starosti pristupe s aspekta šire društvene razine. Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu, nego su integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju.

Starost je vrijeme kada život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mladosti. Aktivno zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima i spoznajama te stalno učenje i otkrivanje prednosti starenja i starosti. Promjene koje donosi proces starenja, kao što su odlazak u mirovinu, funkcionalna nesposobnost, povećani rizici od bolesti i invalidnosti, financijska ovisnost, socijalna isključenost, gubitak bliskih osoba i slično, rezultiraju, ne samo potrebom starih ljudi za potporom obitelji i zajednice, nego i potrebom za organiziranim mjerama kako lokalne, tako i šire društvene zajednice. Stoga se razvijenost

mreža i oblika pristupanja brizi i skrbi o starijim i nemoćnim osobama, nameće kao neodgodiva potreba.

Osim toga, treba voditi računa i o tome da će razina naobrazbe budućih starijih ljudi vjerojatno biti viša od one sadašnjih starijih ljudi. Danas su stariji umirovljenici većinom kvalificirani ili polukvalificirani radnici, a u budućnosti se može očekivati veći broj stručnijih osoba među umirovljenicima. Budući stariji ljudi možda će imati bolje financijske prihode, ali će imati i veća očekivanja što se tiče kvalitete življenja. Upravo ovdje se mogu očekivati problemi. Naime, povlastice starijih osoba ovise o doprinosima mlađih generacija koje neće moći podupirati golemu skupinu starijih onako kako su to oni očekivali. Upravo takva situacija može izazvati sukobe među generacijama i postati jabuka razdora.

Osim ovog problema, posebno valja ukazati na onaj dobne diskriminacije. Dob je jedna od prvih osobina koje primjećujemo kod drugih ljudi, odnosno jedna od najistaknutijih kategorija prema kojima vršimo socijalnu kategorizaciju. Stoga je iznenađujuća činjenica da su istraživanja stavova i predrasuda prema starim osobama, u usporedbi s istraživanjima prema različitim drugim skupinama, na primjer etničkim, nacionalnim, relativno rijetka. Iako nepravedno zanemarena, ta su istraživanja ukazala na prisutnost i vrste dobne diskriminacije. Rezultati su pokazali različite primjera dobne diskriminacije, od onih lakših kao što su vicevi na temelju dobi, do onih koji se odnose na uskraćivanje organiziranog smještaja, zdravstvene zaštite i zaposlenja. *Ageizam* se kao pojam povezuje s podcjenjivanjem starijih osoba i diskriminacijom te predstavlja gorući problem suvremenog svijeta.

Pravilno odabrana strategija upravljanja procesima starenja, kako pokazuju aktualne spoznaje gerontologije, omogućuje da i stariji ljudi pod punim integritetom žive jesen i kraj svog života, što pokazuje primarna i sekundarna analiza istraživanja optimizacije položaja starijih osoba u RH.

Hipoteze postavljene ovim istraživanjem odgovorene su i to u sljedećem smjeru: stanovanje sa starijim osobama utječe na pozitivnu ili negativnu sliku o starijim osobama, s tendencijom prema pozitivnoj slici. Postoji statistički značajna razlika u stavovima o starenju kod muških i ženskih ispitanika, na način da su muški ispitanici pokazali ukupno gledano negativnije stavove u vezi sa starenjem, što se može protumačiti društveno stereotipnim ulogama, kod kojih muškarci sebi ne dozvoljavaju nemoć i teže je prihvaćaju od žena.

Izradom ovog rada dali smo skroman doprinos spoznajama o percepciji i saznanjima učenika u strukovnim školama, kada su u pitanju starije osobe i procesi starenja. Dobiveni rezultati mogu poslužiti kao uvod u daljnja i cjelovitija istraživanja ili kao moguća smjernica u daljnjem razvoju gerontologije.

ZAHVALA

Ovim diplomskim radom zaokružuje se jedno lijepo i intenzivno razdoblje u mom životu.

Iskrene zahvale za svesrdnu pomoć u izradi ovog rada i svemu što je njemu prethodilo, zaslužuju mnogi.

Prvenstveno moja mentorici doc. prim. dr. sc. Đurđici Kašubi Lazić, na ukazanom povjerenju i strpljenju.

Centru za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Andrija Štampar“, Tehničkoj školi Zagreb i Školi za medicinske sestre Vinogradska, dugujem zahvalnost za ugodnu suradnju.

Neizmjereno hvala dragoj kolegici i prijateljici dr. sc. Ireni Canjugi, čija mi je potpora oduvijek mnogo značila.

Posebnu zahvalnost izražavam majci i sestri, koje su me oduvijek podržavale s puno strpljivosti i razumijevanja.

Na kraju, jedno majčinsko hvala, onako kako samo majka zna i umije, Katarini i Mateju, na njihovoj osebujujoj potpori i ljubavi.

LITERATURA:

1. Accetto, B. (1977) Organizacija prevencije u procesu starenja i starosti. U: *Zbornik Prvog Gerontološkog kongresa*. Beograd, str. 11-24.
2. Agnus, J., Reeve, P., (2006) Ageism: A thret to Aging well in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25 (2), str. 137-150.
3. Ajduković, M. (1995) Društvena skrb o starijim osobama – izazov 21. stoljeća, U: *Starost i starenje – izazov današnjice*. (Savjetovanje – Makarska, 6.-8. prosinca) 1995.) Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi, str. 97-102.
4. Ajduković M., Ručević S., Majdenić M. (2013) Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe; U: *Revija za socijalnu pokitiku*, god. 20, br. 2, str. 149-165., Zagreb, str. 153.
5. Bernard, M. (2006) Research, policy, practice and theory: Interrelated dimensions of a developing field. *Journal of Intergenerational Relationships*
6. Bouillet, D. (2003) Mogućnost izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama, U: *Revija za socijalnu politiku*, 10 (3): str. 321-333.
7. Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss. Loss: sadness and depression*. Harmondsworth: Penguin
8. Butković, D. (2009) Analgezija i palijativna skrb – integracija u kliničku praksu, U: *Pediatrics Croatica*, 53 (4), str. 265-271.
9. Buzov, I. (1989) *Psihoanaliza žalovanja*. Zagreb: Jumena – Jugoslavenska medicinska naklada, str. 31-35.
10. Cerjan-Letica, G., Letica, S., Babić-Bosanac, S., Mastilica, M., Orešković, S. (2003) *Medicinska sociologija*, Zagreb: Medicinska naklada
11. Cohen, G.D. (1990) Psychopathology and mental health in the mature and elderly adult. U: Birren, J. E., Schaie K. W. (ur.); *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press, str. 359-371.
12. Despot Lučanin, J. (1997) *Longitudinalna studija povezanosti psiholoških, socijalnih i funkcionalnih čimbenika u procesu starenja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
13. Duraković, Z. (1990) *Medicina starije dobi*. Zagreb: Medicinska naklada
14. Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., Xu, J., (2002) A Model of (often mixed) stereotype content: Compentence and warmth respectively follow from status and competition. *Journal of Personality and Social Psihology* 82(6), str.878-900.

15. Fulmer, T., Guadagno, L., Bolton, M. M. (2004) Elder Mistreatment in Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (5), str.65.
16. Gems, D., Patridge, L.,(2001). Insulin/IGF signalling and aging:seeing the bigger picture. *Curr Opin Genet Dev*.
17. Giddens, A., (2007) *Sociologija* prema 4. engleskom izdanju. Zagreb: Nakladni zavod Globus
18. Havelka, M., Despot-Lučanin, J., Lučanin, D., (2000) *Planiranje skrbi za starije ljude*.Izvorni znanstveni članak.Visoka zdravstvena škola u Zagrebu.UDK 364.6 (053.9)
19. Havelka, M., Despot Lučanin, J. (2007) Psihologija starenja. U: Duraković, Z. (ur.); *Gerijatrija - Medicina starije dobi*. Zagreb: C. T. Poslovne informacije, str. 428-446.
20. Havelka, M. (1999) Uloga gerontoloških istraživanja u planiranju skrbi o starijim osobama. U: *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj*. Zbornik radova; Konferencija – Dubrovnik, str. 63-70.
21. Kresnik Bergant, M. ,(2000) *Što znači starenje*, Vzajemnost, str. 20-21.
22. McGuire, B., (2008) *Ageism: Media Influences and older Americans*. Preuzeto u kolovozu 2014. sa:
http://www.nyam.org/agefriendlynyc/docs/Complete_Literature_Review_AFC_Do mains.pdf.
23. Medanić, D., Pucarin-Cvetković, J.,(2012) Pretilost –j avnozdravstveni problem i izazov. U: *Acta Med. Croatica*, 66, str. 347-355.
24. Milković, D. ,Rijavec, M.,(2008) *Tri puta do otoka sreće. Psihologija sreće i dobroga života*. Drugo izdanje.
25. Montepare, J.M., Zebrowitz-McArthur, L. (1987) Perceptions of adults with childlike voices in two cultures. *Journal of exprimental social psychology*, 23, str. 331-349.
26. Mrđen, S.,(2005) Projekcije stanovništva Hrvatske do 2031.godine.U: Živić, D., Pokos, N., Mišetić, A.,(ur.) *Stanovništvo Hrvatske - dosadašnji razvoj i perspektive*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar
27. Oh, J., Kim, H. S., Martins, D., Kim, H. (2006) A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43
28. Ostojić, S., Pereza, N.,(2006) Genetički pogled na teorije starenja. Pregledni rad. *Medicina* 42:4-14

29. Olagnero, M., Meo, A., Corcoran, M. P.,(2005). *Social Support Networks in Impoverished European Neighbourhoods European Societies* 7(1): str.53-79.doi:10.1080/1461669042000327027.
30. Palmore, B. E.(2001) The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), str. 572-580.
31. Perković, M.,(2010) Studija slučaja: *Proces selebritizacije Baraka Obame u online izdanjima štampanih medija*. Beograd: Fakultet političkih nauka Beograd
32. Peršin, T., Kufrin, V. (2009). Ageizam u televizijskom mediju na primjeru središnjih informativnih emisija HRT-a, RTL-a i NOVE TV, *Ljetopis socijalnog rada* 16(1), str. 29-51.
33. Pillemer, K. i Finkelhor, D. (1988) The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist*, 28 (1)
34. Puljiz, V.,(2005) Socijalna kohezija pred demografskim izazovima.Europska konferencija o stanovništvu 2005.Vijeće Europe.Strasbourg.7. -8. travnja. *Revija za socijalnu politiku*. 1 2(2): str. 257-261.
35. Puljiz, V. (2005), Demografski trendovi u Europi, *Revija socijalne politike*, 12 (2), str. 267-289.
36. Reis, M., Nahmiash, D. (1997) Abuse of seniors: Personality, stress and other indicators. *Journal of Mental Health and Aging*, 3.
37. Todorčić, Lj. (1998) Skrb za ljude u posljednjem razdoblju života,1998.,str.62
38. Tomek-Roksandić, S. i suradnici; (2012) *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestričnom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*. 2. dopunjeno izdanje, Zagreb: Centar za gerontologiju
39. Tomek-Roksandić, S., Budak, A.; (1999) Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi, Zagreb.
40. Ule M. (2001) *Zdravstveno varstvo: Socijalna ranjivost mladih*. Ljubljana: Sekcija za školstvo in visokošolsko medicino SZD.
41. United Nations (2005) *World Population Prospects: The 2004 Revision*, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York.
42. Warner Schaie, K.,Scherry L.Willis, (1996) *Adult Development and Aging* (fourth edition) New York: HarperCollins College Publishers.
43. Warner Schaie, K., Sherry Willis, L.(2000) *Psihologija odrasle dobi i starenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko.

44. Wertheimer-Baletić, A. (1999), Predvidive demografske odrednice kretanja radne snage u Hrvatskoj, Ekonomija, Vol. 4, str. 551-560.
45. Wertheimer-Baletić, A. (2003), Determinante reprodukcije stanovništva u Hrvatskoj u drugoj polovici 20. stoljeća, Razred za društvene znanosti, knjiga 487, HAZU, Zagreb.
46. Zupac, I. (2010), Stanovništvo Hrvatske stari, web stranica:
<http://www.geografija.hr/clanci/235/stanovnistvo-hrvatske-stari>.
47. Žganec, N., Rusac, S., Laklija, M., (2007). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Pregledni znanstveni rad, UDK 364.65-053.9(497.5)
48. Živić, D. (2003), Demografske odrednice i posljedice starenja stanovništva Hrvatske, Revija socijalne politike, Vol. 10(3), str. 308-329.

Prilog

ANKETNI LIST

Ova anketa ima za cilj ispitati stavove učenika o starenju. Ispunjavanjem ove anonimne ankete i Vašim iskrenim odgovorima možete pomoći u rješavanju nekih problema vezanih uz stariju dob.

Godine starosti _____

Spol: M Ž

Mjesto stanovanja: Selo

Grad

Pripadnost religijskoj zajednici:

Katolička crkva

Pravoslavna crkva

Islamska vjerska zajednica

Židovska vjerska zajednica

Ateist

Ostalo _____

Sa koliko osoba živite u zajedničkom kućanstvu: 0 1 2 3 4 5 6

Za koliko osoba u vašem kućanstvu mislite da su stare: 0 1 2 3 4

Kada je po vašem mišljenju čovjek star (s koliko godina):

50-59 godina

60 -69 godina

70-79 godina

80-89 godina

90 i više godina

Koliko godina očekujete da ćete vi živjeti:

60-69 godina

70-79 godina

80-89 godina

90 i više godina

Žive li s vama u kućanstvu baka ili djeda? Da Ne

Žive li vaša baka ili djeda na selu? Da Ne

Koliko često ih posjećujete:

Jednom na mjesec

Svaki vikend

- Jednom godišnje
- Dva puta godišnje
- Posjeti su vezani uz blagdane
- Posjeti su vezani uz njihove rođendane
- Uopće ih ne posjećujem

TEST – SKALA O ZNAČENJU VAŠEG STAVA O STARIJOJ OSOBI (semantički diferencijal)

UPUTE: Molimo Vas zaokružite broj u rasponu od 1 do 5 koji odgovara značenju Vašeg stava o starijoj osobi!

STARIJI ČOVJEK JE:

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|------------------|
| BOLESTAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ZDRAV |
| BOGAT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIROMAŠAN |
| NEUREDAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UREDAN |
| DEBEO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MRŠAV |
| NEPOKRETAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | POKRETAN |
| MARLJIV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | LIJEN |
| BESKORISTAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | KORISTAN |
| PSIHIČKI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | PSIHIČKI |
| SAMOSTALAN | | | | | | NESAMOSTALAN |
| OVISAN O | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEOVISAN O TUĐOJ |
| TUĐOJ POMOĆI | | | | | | POMOĆI |
| AKTIVAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | PASIVAN |
| ZABORAVAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | DOBRO PAMTI |
| DRUŠTVEN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OSAMLJEN |
| LIJEP | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | RUŽAN |
| ISKUSAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEISKUSAN |
| USPOREN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | UBRZAN |
| MRZOVOLJAN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | RASPOLOŽEN |

Izvor: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ - Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

TEST ZNANJA O STARENJU I STAROSTI

UPUTA – otisnuto je 12 tvrdnji od kojih su neke istinite, a neke nisu. Označite tvrdnju TOČNO ako mislite da je tvrdnja ispravna, a NETOČNO ako mislite da tvrdnja nije ispravna.

TVRDNJE

1. Broj i udio starijih ljudi u pučanstvu Hrvatske i Zagreba se ubrzano povećava (starim ljudima se smatraju stariji od 65 godina) te više žena nego muškarca doživi duboku starost od 85. godina.

TOČNO

NETOČNO

2. Najveći dio starijih ljudi može samostalno obavljati sve svakodnevne aktivnosti.

TOČNO

NETOČNO

3. Gerontološki centar osigurava neposrednu skrb starijim ljudima u lokalnoj zajednici gdje oni žive i stvaraju.

TOČNO

NETOČNO

4. Gerontološki centri imaju za cilj sprječavanje rastuće gerijatrijske institucijske skrbi te zadržavanja starijih u obitelji što je duže moguće.

TOČNO

NETOČNO

5. Umne sposobnosti redovito opadaju starenjem.

TOČNO

NETOČNO

6. Stariji ljudi trebaju nastaviti s redovitim tjelesnim vježbanjem i u dubokoj starosti.

TOČNO

NETOČNO

7. Većina obitelji je zapustila svoje starije članove.

TOČNO

NETOČNO

8. Velika hladnoća i vrućina može biti posebno opasna za starije ljude.

TOČNO

NETOČNO

9. Ako netko puši 30-40 godina, ništa se više ne može poboljšati prestankom pušenja.

TOČNO

NETOČNO

10. U starijih osoba dolazi do smanjenja bazalnog metabolizma.

TOČNO

NETOČNO

11. Preventivnim zdravstvenim mjerama moguće je spriječiti pojavu inkontinencije u starijoj dobi.

TOČNO

NETOČNO

12. Starije osobe s porastom dobi trebaju uzimati manje lijekova, u pravilu ne više od tri lijeka dnevno.

TOČNO

NETOČNO

