



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

## **VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU STARIZMA**

## **THE NURSE'S ROLE IN AGEISM PREVENTION**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič  
Somentor: Karmen Romih, pred.

Kandidat: Siniša Majdančević

Jesenice, junij, 2013

## **ZAHVALA**

Najprej bi se zahvalil somentorici Karmen Romih, pred. in mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič za pomoč in usmeritve pri diplomskem delu.

Zahvaljujem se dr. Simoni Hvalič Touzery, viš. pred. in dr. Radojki Kobentar, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se Manji Pranjč za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvala gre tudi zaposlenim v šestih domovih starejših občanov Gorenjske regije, in sicer Domu upokojencev Dr. Franceta Bergelja na Jesenicah, Domu Dr. Janka Benedika v Radovljici, Domu Petra Uzarja v Trziču, Domu starejših občanov v Preddvoru - enota Naklo, Domu starejših občanov v Preddvoru in Domu upokojencev Zavod svetega Martina v Bohinju, ki so sodelovali pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

Zahvaljujem se tudi družini in prijateljem, ki so me spodbujali in podpirali pri pisanju diplomskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Starizem je problem, s katerim se vsak dan srečujemo tudi v zdravstvu. Za doseg kvalitativne zdravstvene nege bo potrebno zmanjšati starizem v kliničnem okolju kot tudi v celotni družbi in k temu lahko v veliki meri pripomorejo medicinske sestre.

**Cilj:** Cilj diplomske naloge je bil ugotoviti, kako lahko medicinska sestra preprečuje starizem. Želeli smo preveriti znanje o staranju in zanimalo nas je, ali medicinske sestre menijo, da se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma, ali čutijo odgovornost za preprečevanje starizma in kaj je po njihovem mnenju najboljša rešitev za preprečevanje starizma.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz dveh delov, v prvem so bili sociodemografski podatki, v drugem so bila vprašanja o preprečevanju starizma in Palmorov test stališč predsodkov. Anketirali smo medicinske sestre, zaposlene v šestih domovih starejših občanov Gorenjske regije. V osem domov Gorenjske regije smo poslali 160 anketnih vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 22,5 %. Rezultati so bili računalniško obdelani v statističnem programu SPSS 18.0.

**Rezultati:** V primeru, da so priča starizmu v kliničnem okolju, so preiskovanci v največji meri navedli, da bi se s sodelavcem pogovorili (73,0 %), v veliki meri bi poročali nadrejenim (66,7 %). Preiskovanci so v več kot polovici primerov (55,6 %) ocenili, da se ne izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma. V nadaljevanju pa so preiskovanci v veliki večini (87,3 %) navedli, da v primeru, ko so priča starizmu, čutijo odgovornost ukrepanja. Glede ukrepov v kliničnem okolju se je velika večina (84,1 %) preiskovancev strinjala, da bi starizem lahko preprečevali z izobraževanjem zdravstvenih delavcev. Preiskovanci, ki so navedli, da se izvaja premalo aktivnosti za preprečevanje starizma so v 91,4% navedli, da je starizem v kliničnem okolju prisoten, ostali, ki so trdili obratno, pa so prisotnost navedli le v 30,0 % (hi-kvadrat = 25,094;  $p < 0,001$ ) Preiskovanci z daljšo delovno dobo v povprečju niso dosegli večjega števila točk Palmorovega testa, vendar so pri dveh posameznih vprašanjih pokazali več znanja (hi-kvadrat = 4,393;  $p = 0,036$ ). Preiskovanci z visokošolsko strokovno izobrazbo so v vseh primerih (100 %) navedli, da bi v primeru, ko so priča starizmu opravili pogovor s

sodelavcem, preiskovanci s srednješolsko izobrazbo pa v 67,9% primerih (hi-kvadrat = 4,393;  $p = 0,036$ ).

**Razprava:** Medicinske sestre menijo, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma pogovor, poročanje o izvajanju starizma in informiranje ter izobraževanje o starizmu. Medicinske sestre imajo nizko stopnjo znanja o starostnikih in starizmu. Potrebno bi bilo poučiti bodoče zdravstvene delavce, nato pa tudi dopolniti znanje že zaposlenih zdravstvenih delavcev. Pomembno je tudi informirati javnost, pozitivne izkušnje kot tudi preživeli čas s starostniki in takojšnje ukrepanje, ko do starizma pride.

**Ključne besede:** starizem, diskriminacija, starostnik, preprečevanje starizma, medicinska sestra, zdravstvena nega starostnika.

## SUMMARY

**Introduction:** Ageism is a problem we face every day in healthcare. In order to achieve quality nursing care, reduction of ageism in clinical settings and also in society will be needed and nurses can significantly help.

**Aims:** The objective of diploma was to determine how can a nurse prevent ageism. We wanted to check the knowledge about elderly and we were interested in whether nurses believe that there are enough activities being done to prevent ageism, if they feel responsibility to prevent ageism and what they consider to be the best solution for preventing ageism.

**Methods:** The research was based on the descriptive method of empirical research. We used a questionnaire, which consisted of two parts, namely the first part, which included demographic information, the second part containing questions on preventing ageism and Palmore's test about prejudices. We surveyed nurses working in six nursing homes across Gorenjska region. In eight nursing homes in Gorenjska region we sent 160 questionnaires. Response rate was 22.5%. The results were processed with a computer in the SPSS 18.0 statistical software.

**Results:** In case of witnessing ageism in a clinical setting, participants mostly stated that they would talk with their colleagues (73.0%), large amount of them would report the case to superior employee (66.7%). Participants stated in more than half of cases (55.6%) that there aren't being done enough activities for ageism prevention. In continuation, the majority of participants (87.3%) indicated they feel a responsibility to react when they witness ageism. With regard to measures in the clinical setting, vast majority (84.1%) agreed that ageism could be prevented with education of health professionals. Participants who stated that there aren't being done enough activities for prevention of ageism, have also stated in 91,4%, that ageism is present in clinical setting. Others who stated differently claimed presence in clinical setting only in 30,0% (chi-square=25,094;  $p<0,001$ ). Subjects with longer length of service did not achieve bigger amount of points on Palmore's test but they have shown more knowledge on two questions (chi-square=4,393;  $p=0,036$ ). Participants who finished secondary school of nursing stated in all cases (100 %) they would talk to co-worker if they would witness

ageism being done, while participants who finished college of nursing in 67,9% cases (chi-square=4,393; p=0,036).

**Discussion:** Nurses believe, that the best measure to prevent ageism is conversation, reporting on the implementation of ageism and informing as well as education about ageism. Nurses have a low level of knowledge about the elderly and ageism. There would be necessary to educate future health professionals and complement the knowledge of the health professionals already employed. It is also important to inform the public, positive experiences as well as spent time with the elderly and immediate action when ageism occurs.

**Keywords:** ageism, discrimination, elderly, prevention of ageism, nurse, nursing care of elderly.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	DEFINICIJA STARIZMA.....	3
2.2	ZGODOVINA STARIZMA .....	4
2.3	OBLIKE STARIZMA.....	4
2.3.1	Negativni starizem .....	4
2.3.2	Pozitivni starizem.....	7
2.4	VZROKI ZA STARIZEM .....	8
2.5	STARIZEM V KLINIČNEM OKOLJU .....	10
2.6	KOMUNICIRANJE S STAROSTNIKI .....	12
2.7	UKREPI ZA PREPREČEVANJE STARIZMA .....	12
2.7.1	Vloga študentov pri preprečevanju starizma.....	14
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>16</b>
3.1	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	16
3.3.2	Opis instrumentarija .....	17
3.3.3	Opis vzorca.....	17
3.3.4	Potek raziskave in obdelava podatkov .....	19
3.4	REZULTATI.....	19
3.5	RAZPRAVA .....	29
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>37</b>

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n = 63).....	18
Tabela 2: Ste bili kdaj priča diskriminaciji starostnikov oz. starizmu.....	19
Tabela 3: Menite, da je starizem prisoten v kliničnem okolju.....	20
Tabela 4: Kako bi ukrepali, če bi bili priča starizma v kliničnem okolju.....	20
Tabela 5: Kaj bi storili, če bi bili priča starizmu izven kliničnega okolja.....	20
Tabela 6: Se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma .....	21
Tabela 7: V primeru da ste priča starizmu, ali čutite odgovornost, da morate posredovati .....	21
Tabela 8: Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma izven kliničnega okolja .....	22
Tabela 9: Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma v kliničnem okolju.....	22
Tabela 10: Aktivnosti za preprečevanje starizma in prisotnost starizma v kliničnem okolju.....	23
Tabela 11: Pričanje starizmu v kliničnem okolju in pogovor s sodelavcem, po izobrazbi .....	23
Tabela 12: Pričanje starizmu v kliničnem okolju in pogovor s pacientom, po izobrazbi.....	24
Tabela 13: Pričanje starizmu v kliničnem okolju in poročanjem nadrejenemu, po izobrazbi .....	25
Tabela 14: Pričanje starizmu v kliničnem okolju in izogibanje dejanjem, po izobrazbi .....	25
Tabela 15: Palmorov test po posameznih vprašanjih .....	26
Tabela 16: Povprečno število doseženih točk Palmorovega testa po delovni dobi .....	27
Tabela 17: Palmorov test po posameznih vprašanjih glede na delovno dobo .....	28



## 1 UVOD

Skozi več desetletij je bilo odkritega veliko novega o tem, kako ljudje avtomatično kategorizirajo druge v družbenih percepcijah. Nekatere kategorije, kot so rasa, spol in starost so "primitivne kategorije". Ko kategoriziramo, večkrat razvijamo stereotipe o teh kategorijah. Veliko vemo o rasizmu in seksizmu, toda razmeroma malo o predsodkih in stereotipiziranju glede na starost (Nelson, 2005).

Dr. Robert Butler, priznani gerontolog in prvi direktor Nacionalnega inštituta za staranje v ZDA, je prvi definiral starizem leta 1969 kot stereotipiziranje in diskriminacija ljudi, samo zato, ker so starejši (Butler, 1969).

Starizem večinoma razumemo kot maligni mehanizem, ki povzroča škodo starostnikom. Starizem omogoča mlajši populaciji, da starejše vidijo drugačne od sebe, zato se nekateri subtilno prenehajo istovetiti s starejšimi kot človeškimi bitji (Eglit, 2005).

Pod pojmom starizem razumemo tudi zlorabo starostnikov. Zloraba starostnikov je del širšega področja nasilja v družini, ki vključuje nasilje v družini in zlorabo otrok (Phelan, 2008).

Definicija o zlorabi starostnikov po Department of Health and Children (2002) govori, da je zloraba starostnikov eno ali več dejanj v vsakem odnosu, kjer je pričakovano zaupanje, a se izvaja škoda in povzroča stiska starostnikom, kršijo se njihove človeške in državljske pravice in glede tega ni ustreznih ukrepov (Phelan, 2008).

Starizem ni omejen na splošno populacijo. Jack (Jack, 1994 povz. po Ward, 2000) meni, da je diskriminacija starostnikov institucionalizirana v zdravstvenem varstvu. Winner (Winner, 1992 povz. po Ward, 2000) trdi, da je tovrstni starizem vplival na socialne ustanove in njihovo neodzivanje na zlorabo starostnikov v preteklosti (Ward, 2000).

Zdravstveni delavci morajo imeti jasno sliko, kaj zloraba starostnikov je in ustrezno intervenirati v primeru zlorabe. Medtem ko zloraba izhaja iz agresivne do pasivne, je pomembno tudi to, kar pravi Pillemer (Pillemer, 1990 povz. po Ward, 2000), ki trdi, da starostniki ne želijo, da nekdo sprejema odločitve namesto njih (Ward, 2000).

Najbolj racionalna razlaga študije o starizmu in staranju leži v neizogibnosti slednjega za vse ljudi. Da bi razumeli proces staranja in kaj pomeni za kakovost življenja kot tudi

za izpolnitev osebe, se moramo vsi soočiti z lastnim staranjem v danem časovnem obdobju življenjskega cikla (Sorgman, Sorensen,2001).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DEFINICIJA STARIZMA

Poznamo dva pristopa k delitvi starizma, ki nista povsem združljiva. Na voljo je široka opredelitev, ki temelji na prepričanjih o vplivu biološkega staranja na ljudi vseh starosti, ki so povezana s strahom in predsodki skozi življenjsko pot. Ožja opredelitev je bolj znana in preprosta. Starizem je diskriminacija starejših ljudi na podlagi njihove starosti. Prav tako, kot so ženske prikrajšane in zatirane zaradi seksizma ter temnopolti in ostale etnične skupine zatirane z rasizmom, tudi starostniki trpijo zaradi diskriminacije oziroma starizma (Bytheway, 2005).

Obstajata dve klasični obliki ožje definicije:

Starizem je proces sistematičnega stereotipa in diskriminacije ljudi zaradi njihove starosti, prav tako kot rasizem zaradi rase ali seksizem zaradi spola. Starostniki so okarakterizirani kot senilni, počasneje mislijo in se počasneje gibljejo, so staromodni v moralnih mišljenjih in v spretnostih. Starizem služi mlajši generaciji, da vidi starejše ljudi drugačne od sebe, a jih kljub temu indentificirajo kot človeška bitja sebi enaka (Butler, 1975 cit. po Bytheway, 2005, str. 362).

Starizem je gibanje, ki govori, da ljudje ne bodo več ljudje, da ljudje ne bodo več enaki, da izumrejo ali postanejo inferiorni, ko dosežejo določeno število let. Podobno kot rasizem temelji na strahu, prepričanjih in ovirah nekaj neljubljenih ljudi, ki to širijo in se mora srečati z informacijo, kontradiktornostjo in po potrebi s soočanjem. Ljudje, ki so žrtve starizma, se morajo postaviti zase, da bi ga zatrli (Comfort, 1977 cit. po Bytheway, 2005, str. 362).

Bytheway in Johnson (1990, str. 25-26.) pravita, da je starizem niz prepričanj, ki izhajajo iz bioloških razlik med ljudmi v procesu staranja (Denny, Earle, 2011).

Palmore (2005) podaja različne definicije starizma :

Enodelne definicije so predsodki do starih ljudi ali povezava negativnih odnosov do starostnikov.

Dvodielne definicije vključujejo stereotipe in predsodke do starostnikov in diskriminacijo do njih. Kasnejše definicije starizma se delijo na stališča (predsodke) ali vedenja (diskriminacijo).

Trodielne definicije pa so sestavljene iz tradicionalnih elementov odnosa:

učinkovita komponenta, kot so slabi občutki do starostnikov, kognitivna komponenta, kot so prepričanja ali stereotipi o starostnikih in vedenjska komponenta, kot je diskriminacija starostnikov (ibid.).

## 2.2 ZGODOVINA STARIZMA

Znani gerontolog Dr. Robert Butler in prvi direktor Nacionalnega inštituta za staranje v Združenih državah Amerike je prvi definiral starizem leta 1969 kot sistematično stereotipiziranje in diskriminacijo ljudi samo zato, ker so stari (Butler, 1969 cit. po Mcguire, Klein, Chen, 2008, str.11.). »Starizem je bil opisan kot tretji »izem« pred seksizmom in rasizmom« (Butler, 1995, Rupp et al., 2005 cit. po Mcguire et al., 2008, str. 11). »Za razliko od seksizma in rasizma lahko starizem prizadene vsakogar, ki bo živel dovolj dolgo. Morda je bolj razširjen od seksizma in rasizma v današnji družbi« (Banaji, 1999; Levy, Banaji, 2002 cit. po Mcguire et al., 2008, str. 11). Družbeni miti in stereotipi prevladujejo v družbi. Širša javnost je postala tako socializirana do starizma, da ga mogoče ne prepoznamo, ko do njega pride. Rezultat starizma je, da se na starostnike gleda negativno in so označeni kot senilni, žalostni, osamljeni, revni, spolno neaktivni, bolni, odvisni od drugih, dementni in invalidi. Družbeni vplivi prepričujejo ljudi, da verjamejo v te oznake in začnejo razmišljati, da bo tudi njihova starost takšna (Harris, 2005 cit. po Mcguire et al., 2008, str. 11).

Palmore (2001) trdi, da se starizem od seksizma in rasizma razlikuje na dva načina:

- Če bomo živel dovolj dolgo, smo vsi potencialne žrtve starizma;
- Starizem se pojavlja manj očitno in je bolj subtilen (Nolan, 2003).

## 2.3 OBLIKE STARIZMA

### 2.3.1 Negativni starizem

Predsodki do starostnikov se lahko razdelijo na negativne stereotipe in negativne odnose. Stereotipi so zmotna prepričanja ali pretirana prepričanja o skupini ljudi. Negativni odnosi so negativni občutki o skupini ljudi. Stereotipi so bolj kognitivni, odnosi pa bolj čustveni. Negativni stereotipi pripeljejo do negativnih odnosov, negativni odnosi pa podpirajo negativne stereotipe (Palmore, 1999).

Obstaja vsaj devet večjih stereotipov, ki odražajo negativne predsodke do starostnikov. To so bolezen, impotenca, nepriljubljenost, zmanjšanje spominskih in intelektualnih sposobnosti, duševne bolezni, neproduktivnost, izoliranost, revščina in depresija (ibid.). Če bi ljudje zadržali negativne predsodke zase, se iz tega ne bi razvilo nič. Žal pa predsodki vodijo do diskriminacije. Diskriminacija do starostnikov se pojavlja na petih večjih področjih. To so zaposlovanje, državne ustanove, družina, naseljenost in zdravstveno varstvo (ibid.).

Starizem je, kot rasizem in seksizem, oblika predsodka in zatiranja, ki ne le omejuje naše razumevanje ljudi, ki so predmet presojanja, temveč tudi oblikuje skupno dožemanje ljudi, tako mladih in starih, ki imajo predsodke v obliki starizma. Ugotovljeno je bilo, da je diskriminacija starejših ljudi sestavljena iz več posameznih negativnih stališč do starejših ljudi in predlaga družbene kategorizacije, kar pomeni, da diskriminacija niso le predsodki in diskriminacija. Vendar bomo za razliko od seksizma in rasizma vsi, ki bomo dolgo živeli, izpostavljeni starizmu. Iz tega vidika stereotipna prepričanja o starejših ljudeh, brez dokazov ali razumevanja heterogenosti med starejšimi iz različnih okolij ter življenjske zgodovine, tvorijo osnovo za starizem za osebe stare od 65 do 100 ali več let (Horowitz, Savino, Krauss, 1999).

Glede na to, koliko je diskriminacija prisotna v naši kulturi, je potrebno prepoznati dva vidika, in sicer benigni in maligni starizem (ibid.).

Benigni starizem se kaže v zdravstvenem okolju pri obravnavi pacienta, kjer se zdravstveni delavci odzovejo na posamezno izjavo brez prave empatije. Primer iz kliničnega okolja bi bil odziv na starejšo osebo s posebnimi potrebami, ko vstopi v ambulanto in pravi, da ji je žal, da je toliko trajalo, ker se stara. Odziv zdravstvenega delavca pa bi bil, da naj nikar tako ne govori, saj se ne stara. Ta izjava je zgolj tolažba in brez pravega sočutja in povezave z ambulantno obravnavo (ibid.).

Za razliko od benignega starizma pa maligni razvrednoti starostnike in je bolj škodljiv. Benigni starizem pa je tudi lahko zelo škodljiv in lahko doseže mejo malignega starizma, če zdravstveni delavci nezavedno razvijejo odnos, da obravnava pacientov s potrebami ni vredna njihovega časa ali truda (ibid.).

Starizem ima tri poglede (ibid.):

1. Odnos, ki temelji na predsodkih do starostnikov in do procesa staranja, vključujoč odnos samih starostnikov.
2. Diskriminacija starostnikov, predvsem na področju zaposlitve kot tudi družbenih vlog starostnikov.
3. Družbena praksa in politika, ki je oblikovala stereotipna prepričanja, ki starostnikom zmanjša možnost zadovoljnega življenja in ogroža njihovo dostojanstvo (ibid.).

Odnosi in prepričanja o diskriminativnem obnašanju, družbene norme ter politika so povezani med seboj. Vse tri veje so prispevale k spremembi staranja iz naravnega procesa v socialni problem s škodljivimi posledicami za starostnike (ibid.).

Starizem kot diskriminacija zmanjšuje subjektivni pogled na starostnike z različnimi skrbmi in potrebami. V kliničnem okolju lahko prepreči zdravstvenim delavcem prepoznavanje individualnih potreb, kar bi lahko imelo negativne posledice v zvezi z zagotavljanjem ustreznih storitev in zdravstvenih izidov. Negativen odnos do starostnikov neposredno vpliva na rehabilitacijo starostnikov, tako pri poškodbah kot boleznih. Kronološka starost je imela skozi zgodovino pomembno vlogo pri odločitvah o zdravljenju, tudi odpovedi zdravljenja, kljub dokazom, da bi rehabilitacija lahko bila uspešna. Po drugi strani pozitiven odnos do starostnikov lahko vpliva na učinkovito rehabilitacijo. Spoštovanje prednosti starostnikov, njihovih znanj ter zgodb je predpogoj za sodelovanje pri skupnem planiranju zdravljenja kot tudi prilagajanja, kar je pogosto potrebno zaradi spremembe telesne zmogljivosti in načina življenja skozi proces zdravljenja (ibid.).

Starizem in posledično družbena distanciranost je kompleksna situacija. Povezana je z (Latimer et al., 2011) :

- Vidnimi znaki staranja ,

- pojavnostjo kroničnih bolezni in invalidnosti,
- socialnimi, ekonomskimi in strukturnimi lokacijami starostnikov (eden od petih ljudi živi na meji ali pod mejo revščine),
- socialnimi neenakostmi in neenakopravna obravnava v zdravstvu (ibid.).

### 2.3.2 Pozitivni starizem

Zaradi več razlogov se manj pozornosti posveča pozitivnemu starizmu. Pozitivni starizem ni tako pogost in ne povzroča neprijetnosti starostnikom. Vseeno pa obstaja veliko pozitivnih stereotipov o starostnikih in obstaja veliko ljudi, ki imajo splošen pozitiven odnos do starostnikov (Palmore, 1999).

Obstaja vsaj osem večjih pozitivnih stereotipov, v katere ljudje verjamejo. To so prijaznost, modrost, zanesljivost, obilje, politična moč, svoboda, večna mladost in sreča (ibid.).

Stereotipi so lahko tudi pozitivni, kar Palmore (1992 povz. Horowitz et al., 1999, str. 72) naziva pozitivni starizem. Tu so starejši okarakterizirani kot zdravi, fit, veseli, finančno stabilni starostniki, ki uživajo vse prednosti upokojitve. Medtem ko je tak pozitiven stereotip lahko uporabljen kot preprečevanje negativnega stereotipa, lahko tudi na svoj način omeji spoštovanje in heterogenost med starostniki. Taka slika lahko zavrže razumevanje raznolikosti starostnikov, vključujoč tiste neodvisne ali živeče v skupnosti, neodvisne, pravkar upokojene, najstarejše (več kot 85 let), tiste z zdravstvenimi težavami, zmanjšanimi telesnimi zmogljivostmi in finančno ogrožene. Skozi zgodovino zdravstvena skupnost ni bila odporna na stereotipe starostnikov in starizma. Starizem je prisoten med različno specializiranimi zdravniki tudi na drugih področjih, kot so psihiatrija, delovna terapija, fizioterapija, socialna obravnava in nega. Horowitz et al. (1999) navaja, da je več študij pokazalo, da imajo medicinske sestre, zaposlene v domu starejših občanov, manj naklonjen odnos do starostnikov kot pa sestre zaposlene v akutni obravnavi ali negi na domu zaradi izkušenj s telesno odvisnimi starostniki (Horowitz et al., 1999).

Poznamo dve kategoriji starizma. Prva ustvarja in ohranja starizem: družba, ki oblikuje odnose do staranja ter mediji in oglaševalne strategije, ki predstavljajo negativno

podobo starostnikov in staranja. Drugo bi lahko imenovali osebni ali institucionalni starizem, ki teži k zavračanju patoloških in ozdravljivih znakov staranja ter kakovostnega staranja v zdravstvu in domovih starejših občanov, razvrednotenje starejših delavcev ter pomanjkanje zadostne pozornosti do zaničevanja starostnikov, ki vodijo do pomanjkanja poročanja in zanimanja odgovornih oseb (Gutman, Spencer, 2010).

Thompson (1995) zatrjuje, da se starizem pojavlja na številnih področjih, med njimi osebni (individualne izkušnje), kulturni (jezik, slike, mediji) in strukturni (razlika med dostopom do storitev in priložnosti) (Danny, Earle, 2011).

Palmore (2001) pri starizmu opredeljuje dve komponenti, in sicer predsodek in diskriminacijo. Predsodki imajo zgodovino, skozi katero so starostniki stereotipizirani v našem humorju ali v medijih, kar se odraža na negativne odnose. To je primarno kognitivni proces. Diskriminacija pa se kaže v dejanjih, bodisi osebnih ali institucionalnih. Kaže se lahko tudi v tem, da se starostnikom zavrača nekatere vrste zdravstvenega varstva (Nolan, 2003).

## **2.4 VZROKI ZA STARIZEM**

Čeprav se starizem enači z drugimi tipi predsodkov (rasizem in seksizem), pa je na svoj način unikaten, saj imajo tisti s predsodki in stereotipi do starostnikov pravzaprav lahko predsodke tudi proti sebi kot potencialni bodoči starostniki (Sydner, Meine, 1994, Pamore, 2004, Packer, Chasteen, 2006 povz. po Popham, Kennison, Bradley, 2011, str. 752).

Snyder in Meine (1994; povz. po Popham et al., 2011, str. 752) trdita, da imajo mlajši stereotipna mišljenja do starostnikov zato, da zaščitijo svoj ego. Na pomanjkljivosti starostnikov gledajo kot osebne in ne kot nekaj, kar bo prizadelo vsakogar, ki bo živel dovolj dolgo. Packer in Chasteen (2006) trdita, da ko mladostniki pridobijo svojo identiteto, oblikujejo predsodke do starostnikov (Popham et al., 2011, str. 752). Mladostniki, ki se močno identificirajo s svojo starostno skupino ne vidijo sebe kot bodoče starostnike, mogoče zato, ker bi se morali soočiti z lastno smrtnostjo (Popham et al., 2011).



Vsi ljudje, ki spadajo v skupino, ki je deležna diskriminacije, delijo negativne izkušnje zaradi neupravičenih prepričanj in stališč. Poznamo dve obliki predsodkov. Prva oblika predsodkov je, ko neki skupini brez razloga pripišemo določeno lastnost. Druga oblika predsodkov pa predstavlja posploševanje lastnosti določenih posameznikov na vse člane skupine (Sheets, 2005).

Naši miti o staranju so zgrajeni iz strahu in napačni predstavi o staranju, katerih osnova so družbeni in fizični opisi starostnikov, ki izhajajo iz ustvarjenih kategorij in nazivov, zapisanih v naših mislih o staranju v družbi (Thornton, 2002).

Starizem temelji na razlikah med generacijami. Družbe so organizirane na bazi starosti tako, da različne starostne skupine pridobijo identiteto in moč pred drugimi skupinami (Calasanti, 2005).

»Poznamo tri oblike negativnih odnosov do staranja« (Kite, Johnson, 1988 cit. po Sneed, Krauss Whitbourne, 2005, str. 376). »Prva je, da so starejši osamljeni in nimajo prijateljev in družin. Druga je, da starostniki pogosto menjajo svoje razpoloženje kot mlajši. Tretja je, da so togi in se ne morejo spopasti z izzivi, ki pridejo s staranjem« (Cooley et al., 1998 cit. po Sneed et al., 2005, str. 376). »Četrta je, da so si starostniki z leti vse bolj podobni« (Nelson, Dannefer, 1992 cit. po Sneed, Krauss Whitbourne, 2005, str. 376). Peti stereotip je, da so starostniki odvisni od drugih in bolni (Whitbourne, Hulicka, 1990; Cooley et al., 1998 povz. po Sneed et al., 2005, str. 376).

Bytheway (1995) pravi, da starizem ustvarja in krepi strah ter degradira proces staranja, kot tudi ustvarja stereotipna prepričanja o sposobnostih starostnikov in njihovi potrebi po zaščiti. Pri starizmu se uporablja proces kronološkega staranja za oznako ljudi, ki sistematično zavračajo vire in priložnosti, ki jih uživajo drugi (Denny, Earle, 2011).

Starizem torej ni le stvar osebnega prepričanja, ampak ima svoje korenine tudi v družbi ter organizaciji le-te in ima vsak veliko možnosti da bo v prihodnost diskriminiran, za razliko od ostalih diskriminacij. To se kaže na naslednje načine (ibid.):

- Marginalizacija,
- uporaba zaničljivega in ponižujočega jezika,
- humoristične opazke in posmehovanje,
- fizično, spolno, čustveno in finančno zlorabo,
- slab ekonomski status,

- omejene možnosti ali življenjske priložnosti (ibid.).

Od kje izvira starizem? Kot najpogostejše se omenjajo (Nelson, 2004):

- "Strah pred smrtjo", saj so starostniki blizu smrti, zato se zavestno ali podzavestno skušamo izogniti kontaktu z njimi. Dejstvo je, da v vsakem življenjskem obdobju dojemamo smrt drugače. Majhni otroci dojemajo to kot nekaj iz pravljice, kar je mogoče obrniti pod določenimi pogoji. Mladi odrasli ljudje se ne ukvarjajo z mislimi o smrti. Z leti se povečuje tudi prisotnost smrti, toda te ideje sprejemajo brezskrbno. Skupna značilnost pa je, da od otroštva povezujejo smrt s starimi ljudmi.
- "Sprememba vrednosti družin", ki pogosto živijo v krogu ožje družine, kjer stari starši niso prisotni in v današnjih časih se družine ne obiskujejo kot nekoč, tako da se pojavlja, da mladi nimajo pogostega stika s starejšimi. Tako se lahko zlahka pojavi nesporazum med generacijami ali med posameznimi člani družine.
- "Pomanjkanje solidarnosti in strpnosti".
- "Frustracije", "agresija" in predsodki lahko privedejo do nestrpnosti do starostnikov.
- "Vpliv medijev" - Današnji mediji so osredotočeni na kult mladostnikov, starostniki pa so nekje na stranskem tiru kot neobetavni in nepotrebni ljudje in kot nekateri, ki imajo večji del življenja za seboj in pred njimi ni nič pomembnega ali vrednega. Ta učinek je prisoten s pomočjo jezika, ki ga uporabljamo in se razlikuje od jezika starostnikov, redkost pojavljanja starostnikov v medijih in način, na katerega so predstavljeni, šale o starostnikih in njihovi impotenci, neumnosti in neuporabnosti (ibid.).

## 2.5 STARIZEM V KLINIČNEM OKOLJU

Starizem se kaže v diskriminaciji na delovnem mestu, diskriminaciji v zdravstvu in diskriminaciji v domovih starejših občanov (Gutman, Spencer, 2010).

»Prepričanja starizma in odnosi vplivajo na odločitve, katerih storitve in zdravljenja bodo uporabljene« (Demnber, 2005 cit. po Rosowsky, 2005, str. 56). Raziskave so pokazale, da nekateri klinični strokovnjaki radi razvrednotijo stroke povezane s staranjem. To vključuje socialne delavce, splošne zdravnike, psihologe in medicinske

sestre, ki delujejo na področju starostnikov (Lee, Volans, Gregory, 2003, Kane, 2004 povz. po Rosowsky, 2005, str. 56).

Ko se jim postavi vprašanje, zakaj je to tako, so po navadi odgovori naslednji (Rosowsky, 2005):

- Gerontologija ni zanimiva. (Mogoče je zanimiva v teoriji, vendar ne v praksi.)
  - Starejša populacija ni privlačna za sodelovanje. Niso zanimivi in razburjivi.
  - Starostniki imajo večinoma slabo prognozo in se slabo odzivajo na zdravljenje. So slaba naložba za prihodnost.
  - Starost deluje kot boleče in žalostno obdobje življenja. Zato je tudi delo z njimi takšno.
  - Starost je zadnja stopnja. Starostniki se bodo starali in zavračali zdravljenje.
- Vendar nič od navedenega ni res. Te trditve so napačne. So zmotna prepričanja brez dokazov in spadajo pod starizem (ibid.).

»Starizem ni omejen samo na splošno populacijo. Prisoten je v kliničnem okolju« (Jack, 1994 cit. po Ward, 2000, str. 560). Winner (1992 cit. po Ward, 2000, str. 560) je trdil, da je taka oblika starizma igrala vlogo pri tem, da socialne ustanove niso posredovale pri zlorabi starostnikov. Prav tako je znano, da so na nekaterih področjih, kot na primer v intenzivni negi, potrebe starostnikov manj vredne kot potrebe mlajših pacientov. Porajajo se etična vprašanja v primeru, da se oskrba določa glede na starost pacienta (Ward, 2000).

Starizem v zdravstvu in na področju socialnega varstva vključuje dehumanizacijo, diskriminatorni govor, zlorabo starostnikov, pootročanje (se vesti do starostnikov, kot bi bili otroci), zaničevalni status v družbi, zanikanje socialne podpore in pravice do zdravljenja (Danny in Earle, 2011).

Pogosto se zdi, da ljudje komunicirajo s starostniki po vplivu negativnih stereotipov o slednjih. Poznamo dve glavni vrsti takega negativnega komuniciranja: pretirano poudarjanje ali pretiravanje v zadovoljevanju potreb in otroški govor (Nelson, 2005).

## 2.6 KOMUNICIRANJE S STAROSTNIKI

Pogosto se zdi, da ljudje s pozitivnim odnosom do starejših ljudi komunicirajo s starostniki prav s stereotipom. Poznamo dve vrsti negativnega komuniciranja: pretiravanje v zadovoljevanju potreb ali pretirano poudarjanje in otroški pogovor. Pri pretiravanju v zadovoljevanju potreb so mlajši ljudje do starostnikov preveč vljudni, govorijo glasneje in počasneje, pretiravajo z intonacijo, govorijo z višjim tonom in uporabljajo preproste stavke (Giles et al., 1994 povz. po Nelson, 2005, str. 209). »To temelji na stereotipu, da imajo starostniki težave s sluhom, zmanjšan intelekt in počasnejše kognitivne sposobnosti« (Kite, Wagner, 2002 cit. po Nelson, 2005, str. 209). »Bolj negativno stereotipno obnašanje je tako imenovani otroški govor« (Caporaël, 1981 cit. po Nelson, 2005, str. 209). »Otroški pogovor je poenostavljen govor z višjimi toni in pretirano intonacijo« (Caporaël, Culbertson, 1986 cit. po Nelson, 2005, str. 209). Kot izraz implicira, da ga ljudje pogosto uporabljajo za pogovor z dojenčki (primarni otroški govor), vendar je tak govor uporabljen tudi pri pogovoru s hišnimi ljubljenci, predmeti in starostniki (sekundarni otroški govor) (ibid.).

## 2.7 UKREPI ZA PREPREČEVANJE STARIZMA

Klinično delo s starostniki ponuja veliko priložnosti. Z današnjim napredkom znanosti in tehnologije je delo s starostniki dinamično, a je vseeno težko prepričati ljudi, da je temu tako. Izziv je pokazati pozitivno stran in ne le omiliti negativne stvari. Cilj je nasprotovati starizmu in stereotipom. Potrebno je prepoznati in promovirati kvalitete starostnikov in aktivnega staranja. Navsezadnje nihče ne dočaka starosti brez dolgih preživetih let in pridobivanja življenjskih izkušenj. In starostniki se prav tako lahko spreminjajo in prilagajajo. Ker se zavedajo, da se jim čas izteka, so po navadi zelo motivirani za pozitivno spremembo. Intuitivno razumejo, da depresija in tesnoba nista normalna pojava pri staranju in da ti pojavi lahko bistveno vplivajo na nivo njihovega delovanja in kvalitete življenja. Ne pričakujejo od zdravnikov, da vrnejo uro nazaj ali ponovno napišejo scenarij, ampak, da zmanjšajo napor in olajšajo pot (Rosowsky, 2005).

Bennet in Kingston (1993 povz. po Ward, 2000, str. 562) sta opisala dva modela posredovanja:

- Nadzorni model: Nadzor in kaznovanje storilcev za preprečevanja starizma.
- Model sočutja: Ne pripisuje krivde storilcem, ampak jih vidi kot potencialne žrtve (ibid.).

Potrebno je razviti smernice v kliničnem okolju za starostnike, če živijo bodisi doma, v domu starejših občanov ali bolnišnici. Cilj smernic je (Weir, 2004):

- Boriti se proti starizmu, da bo postal stvar preteklosti in zagotoviti, da bodo starostniki oskrbovani s spoštovanjem in dostojanstvom.
- Zagotoviti, da novo vključene storitve z dobro usklajenim in povezanim pristopom za ocenjevanje potreb, podpirajo starostnike in jim zagotavljajo enakopravne storitve.
- Posebej se posvetiti stanjem, ki so pogosti pri starostnikih: kapi, problemi z zdravili in težave z mentalnim zdravjem, povezanim s starostjo.
- Promovirati zdravje in dobro počutje starostnikov (ibid.).

»Biti pozoren na morebitne zlorabe je odgovornost vsake medicinske sestre. Zatiskanje oči pred zlorabami in ignoriranje zlorab starostnikov ni ustrezen način« (Surgy, 2005 cit po Poley, 2006, str. 392).

Pri delu s starostniki se moramo zavedati, da že v izhodišču začnemo s pomanjkljivostjo, saj je v veliki meri prisotna diskriminacija namesto enakosti s starostniki. Hughes (1997) trdi, da ukrepi proti starizmu vključujejo tri vrednote :

Osebni status: avtentičnost ljudi vseh starosti in vrednota življenja.

Družbeni status: opredeljen je odnos, ki povzema pravice in odgovornosti posameznika v družbi ter pripadnost družbi.

Dosežek višje stopnje rasti: Starost se smatra kot dosežek in kot obdobje življenja, ki je vrednota samo po sebi (Danny in Earle, 2011).

Opredelitve ukrepov proti starizmu (ibid.) :

Opolnomočenje: zagotoviti, da ima oseba nadzor nad svojim življenjem in vse, kar spada pod nadzor (svoboda, avtonomija, dostojanstvo in občutek lastne vrednosti).

Udeležba: smiselna delitev in vključevanje.

Izbira: Pomembno sredstvo za osebno potrjevanje kot tudi pravica v smislu osebnosti in statusa v družbi.

Integracija v tok življenja na vseh ravneh.

Normalizacija: Imeti na razpolago vse, kar je potrebno za enakopravno življenje v družbi (ibid.).

Grant predlaga več načinov, da se elementi diskriminacij glede na starost v kliničnem okolju lahko spremenijo. Zaposleni morajo stalno ocenjevati svoj odnos do starostnikov, soočiti se s starizmom, ko se pojavi, vključiti izobraževanje na področju geriatrije v bolnišnicah in psihiatričnih bolnišnicah, vključiti učenje o starizmu in staranju v njihovo usposabljanje (Grant, 1996 povz. po Nelson, 2005).

### 2.7.1 Vloga študentov pri preprečevanju starizma

Kaj lahko storimo, da spremenimo ta odnos in stališča, ki vodijo do terapevtskega zavračanja in kliničnega izogibanja? Eden izmed načinov je izobraževanje in usposabljanje. Mnogi zdravniki so povedali, da čutijo, da niso dovolj pripravljeni za delo s starostniki in se počutijo nelagodno, ko morajo delati s starostniki. Ljudje smo nagnjeni k temu, da se izogibamo tistemu, kar nam daje občutek nelagodnosti. Starizem nam omogoča racionalno izogibanje skupini ljudi in s tem neprijetnosti. Znanje lahko zviša raven udobja in omogoči strokovnjakom občutek boljše pripravljenosti. Čeprav je potrebna določena baza znanja, le-to ni dovolj za rešitev problema. Tudi odnosi se morajo spremeniti (Rosowsky, 2005).

Mladi ljudje, tudi tisti, ki se šolajo v zdravstveni in medicinski stroki, se pogosto bojijo starosti. Strah, da oni ali njihovi ljubljene ne bodo dočakali kvalitetne starosti, vodi do nezainteresiranosti, izogibanja in zavračanja starostnikov. Sprememba pa ne nastopi le zaradi izobraževanja o staranju. Starizem je moč opaziti tudi pri tistih, ki imajo znanje o staranju in starizmu (Stuart-Hamilton, Mahoney, 2003 cit. po Rosowsky, 2005, str. 57). Ko pripravniki pridobijo izkušnje pri delu s starostniki, se spremeni njihovo prepričanje. Sčasoma, ko se posvetijo delu, ga tudi začnejo ceniti. Izobraževanje in usposabljanje mora vključevati dobro prakso in pripravništvo. Te priložnosti lahko prinesejo izkušnje za nadgraditev znanja. Še posebej moramo razviti in izvajati

program, ki bo vzpodbudil interes za kvalitetno nepatološko staranje. Uspešen primer je program, ki združuje študenta in starostnika v družbi (Tomkowiak, Gunderson, 2004 cit. po Rosowsky, 2005, str. 57). Ta kombinacija je uspešna, saj daje študentu priložnost, da je seznanjen s kvalitetnim staranjem in priložnost, da oblikuje svoje mnenje, saj ima mentorja na področju gerontologije in priložnost za empatijo, za starostnike pa usposobljen kader, ki zagotavlja kvalitetno klinično oskrbo. V drugem programu pa študenti psihologije ali socialnega dela vodijo delovne in pogovorne skupine v domovih starejših občanov. Tako se študenti povežejo s starostniki. Včasih to ni bilo potrebno, saj je bilo veliko medgeneracijskih družin. Rosowsky (2005) trdi, da današnji trend narekuje, da je študente potrebno seznaniti s starostniki in kvalitetnim staranjem ter pridobivanjem izkušenj na tem področju.

Pomembno je spodbujanje študentov, da raziščejo svojo vlogo in odgovornost za poročanje o domnevnih primerih zlorab starostnikov (McGarry, Simpson, 2007).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je bil s pomočjo raziskave ugotoviti, kako lahko medicinska sestra preprečuje starizem. Želeli smo ugotoviti prisotnost, prepoznavanje in aktivnosti za preprečevanje starizma. S končnimi rezultati smo želeli prikazati, kaj medicinske sestre smatrajo za najboljšo rešitev pri preprečevanju starizma in ali čutijo odgovornost za preprečevanje le-tega. Ugotovili smo želeli, ali medicinske sestre menijo, da se izvaja dovolj aktivnosti pri preprečevanju starizma.

Cilji diplomskega dela:

- Ugotoviti prisotnost starizma v kliničnem okolju.
- Ugotoviti, ali medicinske sestre znajo prepoznati starizem.
- Ugotoviti aktivnosti medicinskih sester za preprečevanju starizma.

#### **3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi pregledane tuje strokovne literature in na podlagi zastavljenih ciljev smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Na kakšen način lahko medicinska sestra preprečuje starizem?
- V kakšni meri medicinska sestra čuti odgovornost posredovanja pri starizmu?
- Katere aktivnosti se po mnenju medicinskih sester izvajajo za preprečevanju starizma?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Izbrali smo kvantitativno raziskavo, ki je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Za pridobitev podatkov, ki smo jih potrebovali za empirični del raziskave,



smo uporabili primarne in sekundarne vire iz podatkovnih baz EBESCO host (CINAHL, MEDLINE), PubMed.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku: ageism (število zadetkov: 2285), elderly abuse (608), age discrimination (5926), age abuse (1212), ageism in health care (11), prevention of ageism (47), ageism and nursing (186), ageism and nurses (90), identifying ageism (11), ageism prejudice (123), ageism in health profession (5), ageism in medical care (61), ageism among nurses (196).

Večina virov je iz obdobja od leta 2000 do 2011, nekaj virov pa je starejših, večina spada v temeljno literaturo in so bili zaradi smiselnosti in relevantnosti ter pomanjkanja novejšje literature vseeno vključeni v pregled literature.

### 3.3.2 Opis instrumentarija

Instrument, ki smo ga uporabili za pridobivanje podatkov, je bil anketni vprašalnik. Namenjen je bil medicinskim sestram, zaposlenim v osmih domovih starejših občanov Gorenjske regije. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov, in sicer iz prvega dela, ki vsebuje sociodemografske podatke, drugi del pa se navezuje na to, kaj lahko medicinske sestre storijo na področju preprečevanja starizma in Palmorov test stališč predsodkov, ki temelji na preverjanju znanja na področju starostnikov, staranja ter starizma. Prvi del je vseboval pet vprašanj, drugi pa enajst vprašanj zaprtega tipa z možnostjo izbire enega ali več odgovorov ter Palmorov test stališč predsodkov, prav tako z vprašanji zaprtega tipa z možnostjo izbire da, ne in ne vem. Pravilni odgovor je prinesel eno točko, nepravilni pol točke odbitka, odgovor ne vem pa nič točk. Zanesljivost vzorca smo izračunali na podlagi metode koeficienta Cronbach alfa. Pri sklopu o starizmu smo izračunali koeficient 0,757, pri Palmorovem testu pa koeficient 0,780. V obeh primerih je koeficient Cronbach alfa tako presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

### 3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v šestih domovih starejših občanov Gorenjske regije, in sicer Domu upokojencev Dr. Franceta Bergelja na Jesenicah, Domu Dr. Janka Benedika v

Radovljici, Domu Petra Uzarja v Trziču, Domu starejših občanov v Preddvoru – enota Naklo, Domu starejših občanov v Preddvoru in Domu upokojencev Zavod svetega Martina v Bohinju. Vzorčenje se je izvajalo v mesecu juniju, juliju in avgustu 2012. V osem domov Gorenjske regije smo poslali 160 anketnih vprašalnikov. Vrnjeno je bilo 63 anketnih vprašalnikov, kar znaša 39,4 % realizacijo vzorca. V anketi je sodelovalo 63 anketirancev.

**Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n = 63)**

	n = 63	%
Spol		
Moški	11	17,5
Ženski	52	82,5
Starost v letih		
20 ali manj	2	3,2
21–25	6	9,5
26–30	8	12,7
31–35	13	20,6
36–40	10	15,9
41 ali več	24	38,1
Izobrazba		
Srednješolska	53	84,1
visokošolska strokovna	10	15,9
Delovna doba v letih		
0–5	20	31,7
6–10	13	20,6
11–15	8	12,7
16–20	7	11,1
21 let ali več	15	23,8
Delovno mesto		
Dom upokojencev Dr. Franceta Bergelja na Jesenicah	16	25,4
Dom Dr. Janka Benedika v Radovljici	12	19,0
Dom Petra Uzarja v Trziču	20	31,7
Dom starejših občanov v Preddvoru enota Naklo	3	4,8
Dom starejših občanov v Preddvoru	5	7,9
Dom upokojencev Zavod svetega Martina v Bohinju	7	11,1

Uporabili smo namenski vzorec. Anketo je reševalo 11 moških (17,5 %) in 52 žensk (82,5 %). Največ anketirancev je bilo starih 41 ali več (38,1 %). Največ medicinskih sester je imelo srednješolsko izobrazbo (84,1 %). Pri statistični obdelavi podatkov smo pri delovni dobi združili dve skupini in sicer a) 0–10 let in b) 11 let ali več.

### 3.3.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Anketne vprašalnike smo julija poslali glavnim medicinskim sestram domov, le-te pa so jih razdelile zaposlenim medicinskim sestram. Izpolnjeni anketni vprašalnik so anketiranci vložili v pisemsko ovojnico, namenjeno shranjevanju anketnih vprašalnikov. Po izvedbi raziskave so nam iz domov poslali anketne vprašalnike po pošti.

Rezultati so bili obdelani v statističnem programu SPSS 18.0 ter v programu Microsoft Excel. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo razpredelnic.

Vzorec je bil prikazan na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Tudi raziskovalna vprašanja so bila predstavljena s frekvencami in pripadajočimi odstotki. Hipoteze so se potrjevale na podlagi hi-kvadrat testa ali t-testa za neodvisne vzorce. Statistična analiza je bila opravljena s programom SPSS 18.0. Vrednost  $p < 0,05$  je določala statistično pomembnost.

## 3.4 REZULTATI

### *Raziskovalna vprašanja*

#### ***R1. Na kakšen način lahko medicinska sestra preprečuje starizem?***

Preiskovanci so le v 42,9 % navedli, da so bili v preteklosti seznanjeni s pojmom starizma. Glede ocene, da so bili v preteklosti priča diskriminaciji starostnika (starizmu), so pretežno navedli odgovor redko (50,8 %). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 2.

**Tabela 2: Ste bili kdaj priča diskriminaciji starostnikov oz. starizmu**

	<b>n = 63</b>	<b>%</b>
da, pogosto	11	17,5
da, redko	32	50,8
Nikoli	13	20,6
ne vem	7	11,1

Glede domneve, da je starizem prisoten tudi v kliničnem okolju, je 65,1 % preiskovancev odgovorila pritrdilno (tabela 3).

**Tabela 3: Menite, da je starizem prisoten v kliničnem okolju**

	<b>n = 63</b>	<b>%</b>
da	41	65,1
ne	11	17,5
ne vem	11	17,5

V primeru, če bi bili priča starizmu v kliničnem okolju, so preiskovanci v največji meri navedli, da bi se s sodelavcem pogovorili (v 73,0 %), prav tako pa bi o tem v veliki meri poročali nadrejenim (v 66,7 %). Manjši delež med njimi bi se pogovoril s starejšim pacientom (v 34,9 %) ali ne bi storili ničesar (v 1,6 %). Preiskovanci so imeli možnost navajati več možnih odgovorov, zato število navedb presega velikost vzorca (tabela 4).

**Tabela 4: Kako bi ukrepali, če bi bili priča starizma v kliničnem okolju**

	<b>n = 63</b>	<b>%</b>
se pogovorili s sodelavcem	46	73,0
o tem poročali nadrejeni osebi	42	66,7
se pogovorili s pacientom	22	34,9
ne storili ničesar	1	1,6

Tudi v primeru, če bi bili priča starizmu izven kliničnega okolja, so preiskovanci v največji meri navedli, da bi se pogovorili z osebo, ki starizem izvaja (v 79,4 %), redkeje pa bi v takšnem primeru poročali nadrejeni osebi (v 28,6 %). Nekoliko več kot v primeru starizma v kliničnem okolju bi se jih tudi pogovorilo s starostnikom. Preiskovanci so imeli možnost navajati več možnih odgovorov, zato število navedb presega velikost vzorca (tabela 5).

**Tabela 5: Kaj bi storili, če bi bili priča starizmu izven kliničnega okolja**

	<b>n = 63</b>	<b>%</b>
se pogovorili s starostnikom	27	42,9
se pogovorili s tistim, ki izvaja starizem	50	79,4
o tem poročali nadrejeni osebi	18	28,6

**R2. V kolikšni meri medicinska sestra čuti odgovornost posredovanja pri starizmu?**

Preiskovanci so v več kot polovici primerov (55,6 %) ocenili, da se ne izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma. Ocena, da se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma, je bila navedena le v 15,9 % (tabela 6).

**Tabela 6: Se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma**

	n = 63	%
da	10	15,9
ne	35	55,6
ne vem	18	28,6

V nadaljevanju pa so preiskovanci v veliki večini (87,3 %) navedli, da čutijo odgovornost, da v primeru pričajočega starizma ukrepajo. Negativni odgovor je bil naveden le v 1,6 % (tabela 7).

**Tabela 7: V primeru da ste priča starizmu, ali čutite odgovornost, da morate posredovati**

	n = 63	%
da	55	87,3
ne	1	1,6
ne vem	7	11,1

**R3. Katere aktivnosti se po mnenju medicinskih sester izvajajo za preprečevanju starizma?**

Rezultati v tabeli 8 prikazujejo, da so preiskovanci v največji meri navedli, da bi za preprečevanje starizma izven kliničnega okolja najbolj pripomoglo informiranje javnosti o starizmu (57,1 %). Tudi ostali možni ukrepi so bili navedeni v približno enakem deležu, še najmanj poročanje o starizmu (41,3 %). Preiskovanci so imeli možnost navajati več možnih odgovorov, zato število navedb presega velikost vzorca.

**Tabela 8: Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma izven kliničnega okolja**

	n = 63	%
Informiranje javnosti o starizmu	36	57,1
	n = 63	%
Pogovor	33	52,4
Več druženja s starostniki	33	52,4
Izobraževanje	32	50,8
Promocija kvalitetnega staranja	30	47,6
Izobraževanje javnosti	27	42,9
Poročanje o starizmu	26	41,3

Glede ukrepov v kliničnem okolju pa se je velika večina (84,1 %) preiskovancev strinjala, da bi se lahko starizem preprečeval z izobraževanjem zdravstvenih delavcev. Sledile so navedbe o več preživetega časa s starostniki (60,3 %). Manjši delež preiskovancev je navedel, da bi starizem lahko preprečevali z izobraževanjem v času rednega šolanja (31,7 %), z oblikovanjem smernic za preprečevanje (27,0 %) ali s poročanjem nadrejenim (19,0 %). Preiskovanci so imeli možnost navajati več možnih odgovorov, zato število navedb presega velikost vzorca (tabela 9).

**Tabela 9: Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma v kliničnem okolju**

	n = 63	%
Izobraževanje zdravstvenih delavcev	53	84,1
Več preživetega časa s starostniki	38	60,3
Bolj se posvetiti tej tematiki v času šolanja	29	46,0
Osveščanje o starizmu	28	44,4
Pogovor	27	42,9
Več prakse na področju gerontologije v času šolanja	20	31,7
Oblikovanje smernic za preprečevanje starizma	17	27,0
Poročanje nadrejenim	12	19,0

Rezultati v tabeli št. 10 prikazujejo, da so preiskovanci, ki so ocenjevali, da se izvaja premalo aktivnosti za preprečevanje starizma v 91,4 % navedli, da je v kliničnem okolju starizem prisoten. Nasprotno so preiskovanci, ki so ocenjevali, da se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma, prisotnost starizma navedli le v 30,0 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko med navedbami preiskovancev (hi-kvadrat = 25,094;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 10: Aktivnosti za preprečevanje starizma in prisotnost starizma v kliničnem okolju**

aktivnosti za preprečevanje starizma		prisotnost starizma			skupaj
		Da	ne	ne vem	
Da	N	3	3	4	10
	% dovolj aktivnosti	30,0 %	30,0 %	40,0 %	100,0 %
	% prisotnost starizma	7,3 %	27,3 %	36,4 %	15,9 %
Ne	N	32	1	2	35
	% premalo aktivnosti	91,4 %	2,9 %	5,7 %	100,0 %
	% prisotnost starizma	78,0 %	9,1 %	18,2 %	55,6 %
ne vem	N	6	7	5	18
	% ne vem	33,3 %	38,9 %	27,8 %	100,0 %
	% prisotnost starizma	14,6 %	63,6 %	45,5 %	28,6 %
Skupaj	N	41	11	11	63
	% aktivnosti	65,1 %	17,5 %	17,5 %	100,0 %
	% prisotnost starizma	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

hi-kvadrat = 25,094;  $p < 0,001$

Primerjava po izobrazbi je pokazala, da so preiskovanci z visokošolsko strokovno izobrazbo v vseh primerih (100,0 %) navedli, da bi v primeru, ko bi bili priča starizmu opravili pogovor s sodelavcem. Pri preiskovancih s srednješolsko izobrazbo je ta odstotek znašal manj ali 67,9 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko po izobrazbi glede izvedbe pogovora s sodelavcem, če bi bili priča starizmu (hi-kvadrat = 4,393;  $p = 0,036$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 11. Rezultate je potrebno jemati z omejitvijo zaradi premajhnega števila anketirancev z visokošolsko izobrazbo.

**Tabela 11: Prisotnost pri izvajanju starizma v kliničnem okolju in pogovor s sodelavcem, po izobrazbi**

Pogovor s sodelavcem		izobrazba		Skupaj
		srednješolska	visokošolska strokovna	
Ne	N	17	0	17
	% pogovor	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	% izobrazba	32,1 %	0,0 %	27,0 %
Da	N	36	10	46
	% pogovor	78,3 %	21,7 %	100,0 %
	% izobrazba	67,9 %	100,0 %	73,0 %
Skupaj	N	53	10	63
	% pogovor	84,1 %	15,9 %	100,0 %
	% izobrazba	100,0 %	100,0 %	100,0 %

hi-kvadrat = 4,393;  $p = 0,036$

Preiskovanci z visokošolsko strokovno izobrazbo so v 60,0 % navedli, da bi v primeru pričanja starizmu v kliničnem okolju opravili tudi pogovor s starejšim pacientom. Pri preiskovancih s srednješolsko izobrazbo je ta odstotek znašal 30,2 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike po izobrazbi glede izvedbe pogovora s starejšim pacientom v primeru pričanja starizmu (hi-kvadrat = 4,290;  $p = 0,070$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 12. Rezultate je potrebno jemati z omejitvijo zaradi premajhnega števila anketirancev z visokošolsko izobrazbo.

**Tabela 12: Prisotnost pri izvajanju starizma v kliničnem okolju in pogovor s pacientom, po izobrazbi**

pogovor s pacientom		izobrazba		skupaj
		srednješolska	visokošolska strokovna	
Ne	N	37	4	41
	% pogovor	90,2 %	9,8 %	100,0 %
	% izobrazba	69,8 %	40,0 %	65,1 %
Da	N	16	6	22
	% pogovor	72,7 %	27,3 %	100,0 %
	% izobrazba	30,2 %	60,0 %	34,9 %
Skupaj	N	53	10	63
	% pogovor	84,1 %	15,9 %	100,0 %
	% izobrazba	100,0 %	100,0 %	100,0 %

hi-kvadrat = 4,290;  $p = 0,070$

Preiskovanci z visokošolsko strokovno izobrazbo so v 70,0 % navedli, da bi v primeru pričanja starizmu v kliničnem okolju obvestili tudi nadrejenega. Pri preiskovancih s srednješolsko izobrazbo je ta odstotek znašal 66,0 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike po izobrazbi glede izvedbe pogovora s starejšim pacientom v primeru pričanja starizmu (hi-kvadrat = 0,059;  $p = 0,807$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 13. Rezultate je potrebno jemati z omejitvijo zaradi premajhnega števila anketirancev z visokošolsko izobrazbo.



**Tabela 13: Prisotnost pri izvajanju starizma v kliničnem okolju in poročanjem nadrejenemu, po izobrazbi**

poročanje nadrejenemu		izobrazba		skupaj
		srednješolska	visokošolska strokovna	
Ne	N	18	3	21
	% poročanje	85,7 %	14,3 %	100,0 %
	% izobrazba	34,0 %	30,0 %	33,3 %
Da	N	35	7	42
	% poročanje	83,3 %	16,7 %	100,0 %
	% izobrazba	66,0 %	70,0 %	66,7 %
Skupaj	N	53	10	63
	% poročanje	84,1 %	15,9 %	100,0 %
	% izobrazba	100,0 %	100,0 %	100,0 %

hi-kvadrat = 0,059; p = 0,807

Preiskovanci z visokošolsko strokovno izobrazbo so v 100,0 % navedli, da se v primeru pričanja starizmu v kliničnem okolju ne bi izogibali dejanjem. Pri preiskovancih s srednješolsko izobrazbo je ta odstotek znašal 98,1 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike po izobrazbi glede izogibanja dejanjem v primeru pričanja starizmu (hi-kvadrat = 0,192; p = 0,661). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 14. Rezultate je potrebno jemati z omejitvijo zaradi premajhnega števila anketirancev z visokošolsko izobrazbo.

**Tabela 14: Prisotnost pri izvajanju starizma v kliničnem okolju in izogibanje dejanjem, po izobrazbi**

izogibanje dejanjem		Izobrazba		skupaj
		srednješolska	visokošolska strokovna	
Ne	N	52	10	62
	% izogibanje	83,9 %	16,1 %	100,0 %
	% izobrazba	98,1 %	100,0 %	98,4 %
da	N	1	0	1
	% izogibanje	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	% izobrazba	1,9 %	0,0 %	1,6 %
skupaj	N	53	10	63
	% izogibanje	84,1 %	15,9 %	100,0 %
	% izobrazba	100,0 %	100,0 %	100,0 %

hi-kvadrat = 0,192; p = 0,661

Preiskovanci z višjo izobrazbo so v večji meri navedli, da bi opravili pogovor s sodelavcem, ki izvaja starizem. Glede pogovora s pacientom, poročanjem nadrejenim in izogibanju dejanjem se razlike niso pokazale.

Preiskovanci so izpolnjevali Palmorov test 15-ih vprašanj. Točkovanje je bilo izvedeno tako, da je pravilni odgovor prinesel eno točko, nepravilni odgovor pol točke odbitka, odgovor »ne vem« pa nič točk (Knapp, Stubblefield, 2000). Liha vprašanja držijo, soda pa ne držijo. V povprečju je bilo doseženih le 3,9 (SO 2,5) točk od 15 možnih. Najslabši rezultat je znašal -1, najboljši pa 10,5 točke. Več kot 50 % ali 8 točk je zbralo le 6 (9,5 %) preiskovancev. Rezultat po posameznih vprašanjih Palmorovega testa je prikazan v tabeli 15.

**Tabela 15: Palmorov test po posameznih vprašanjih**

Zap. št.	Trditev	Pravilen odgovor (%)	Napačen odgovor (%)	Ne vem (%)
1.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več je senilnih (npr. imajo pomanjkljiv spomin, so zmedeni, dementni, itd.)	29 (46,0)	34 (54,0)	0 (0,0)
2.	Starejši vozniki (stari 65 let ali več) imajo manj avtomobilskih nesreč kot vozniki stari manj kot 65 let.	17 (27,0)	29 (46,0)	17 (27,0)
3.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se največkrat počutijo nesrečno.	21 (33,3)	35 (55,6)	7 (11,1)
4.	Starejše osebe ponavadi potrebujejo več časa za učenje novih stvari kot mlajše.	56 (88,9)	5 (7,9)	2 (3,2)
5.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več ne more imeti spolnih odnosov.	10 (15,9)	24 (38,1)	29 (46,0)
6.	Večina zdravnikov splošne medicine posveča starejšim osebam manj pozornosti.	38 (60,3)	15 (23,8)	10 (15,9)
7.	Starejši delavci večinoma dela ne morejo opravljati tako učinkovito kot mlajši delavci.	19 (30,2)	38 (60,3)	6 (9,5)
8.	Starejše osebe (stare 65 let ali več) imajo v primerjavi z mlajšimi osebami več kroničnih bolezni, zaradi katerih so njihove aktivnosti omejene.	54 (85,7)	6 (9,5)	3 (4,8)
9.	Večina starejših oseb se ne more prilagoditi spremembam.	17 (27,0)	42 (66,7)	4 (6,3)
10.	Med starejšimi prebivalci (stari 65 let ali več) živi približno isti odstotek oseb pod pragom revščine kot pri ostalih prebivalcih (starih 65 let ali manj).	42 (66,7)	9 (14,3)	12 (19,0)
11.	Za večino starejših oseb je skoraj nemogoče, da bi se naučili česa novega.	48 (76,2)	10 (15,9)	5 (7,9)

Zap. št.	Trditev	Pravilen odgovor (%)	Napačen odgovor (%)	Ne vem (%)
12.	V starosti ponavadi opeša vseh pet čutov.	36 (57,1)	21 (33,3)	6 (9,5)
13.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da so osamljeni.	12 (19,0)	47 (74,6)	4 (6,3)
14.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se le redko razjezi.	11 (17,5)	37 (58,7)	15 (23,8)
15.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) živi samih.	24 (38,1)	25 (39,7)	14 (22,2)

**Vir: (Sefert, Carozza, 2002, str. 279-94)**

Delovno dobo smo merili v petletnih intervali ,zaradi potrebe statistične analize smo pet skupin združili v dve večji skupini: 1) 0–10 let s 33 preiskovanci in 2) 11 let ali več s 30 preiskovanci. V prvem delu hipoteze smo preverili, koliko točk so preiskovanci dosegli glede na delovno dobo v povprečju. Rezultati v tabeli so pokazali, da so preiskovanci z več delovne dobe v povprečju zbrali 4,5 (SO = 2,3) točke, preiskovanci s krajšo delovno dobo pa nekoliko manj ali 3,4 (SO = 2,5) točke. T-test za neodvisne vzorce ni pokazal statistično pomembne razlike v povprečnem številu doseženih točk pri Palmorovem testu po delovni dobi ( $t = -1,734$ ;  $p = 0,088$ ).

**Tabela 16: Povprečno število doseženih točk Palmorovega testa po delovni dobi**

delovna doba	N	PV	SO
0–10 let	33	3,4	2,5
11 let ali več	30	4,5	2,3

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon  
 $t = -1,734$ ;  $p = 0,088$

Primerjava po posameznih vprašanjih Palmorovega testa je pokazala, da so preiskovanci z daljšo delovno dobo, v primerjavi s preiskovanci s krajšo delovno dobo, pri dveh vprašanjih v statistično pomembno večjem deležu odgovorili pravilno. Pri vprašanju številka 2, o prometnih nesrečah, so preiskovanci z daljšo delovno dobo odgovorili pravilno v 36,7 %, preiskovanci s krajšo delovno dobo pa v 18,2 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko med skupinama (hi-kvadrat = 8,776;  $p = 0,012$ ). Pri vprašanju številka 10, o gmotnem stanju, so preiskovanci z daljšo delovno dobo odgovorili pravilno v 86,7 %, preiskovanci s krajšo delovno dobo pa v 48,5 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko med skupinama (hi-kvadrat =

11,598;  $p = 0,003$ ). Podrobni rezultati Palmorovega testa po delovni dobi so prikazani v tabeli 17..

**Tabela 17: Palmorov test po posameznih vprašanjih glede na delovno dobo**

Zap. šte.	Trditev	0-10 let Pravilen odgovor (%)	11 let ali več Pravilen odgovor (%)	X <sup>2</sup>	p
1.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več je senilnih (npr. imajo pomanjkljiv spomin, so zmedeni, dementni, itd.)	16 (48,5)	13 (43,3)	0,168	0,682
2.	Starejši vozniki (stari 65 let ali več) imajo manj avtomobilskih nesreč kot vozniki stari manj kot 65 let.	6 (18,2)	11 (36,7)	8,776	0,012
3.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se največkrat počutijo nesrečno.	10 (30,3)	11 (36,7)	2,596	0,273
4.	Starejše osebe ponavadi potrebujejo več časa za učenje novih stvari kot mlajše.	28 (84,8)	28 (93,3)	1,661	0,436
5.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več ne more imeti spolnih odnosov	4 (12,1)	6 (20,0)	1,796	0,407
6.	Večina zdravnikov splošne medicine posveča starejšim osebam manj pozornosti.	21 (63,6)	17 (56,7)	3,553	0,169
7.	Starejši delavci večinoma dela ne morejo opravljati tako učinkovito kot mlajši delavci.	11 (33,3)	8 (26,7)	0,332	0,847
8.	Starejše osebe (stare 65 let ali več) imajo v primerjavi z mlajšimi osebami več kroničnih bolezni, zaradi katerih so njihove aktivnosti omejene.	28 (84,8)	26 (86,7)	0,265	0,876
9.	Večina starejših oseb se ne more prilagoditi spremembam.	9 (27,3)	8 (26,7)	1,300	0,522
10.	Med starejšimi prebivalci (stari 65 let ali več) živi približno isti odstotek oseb pod pragom revščine kot pri ostalih prebivalcih (starih 65 let ali manj).	16 (48,5)	26 (86,7)	11,598	0,003
11.	Za večino starejših oseb je skoraj nemogoče, da bi se naučili česa novega.	24 (72,7)	24 (80,0)	1,661	0,436
12.	V starosti ponavadi opeša vseh pet čutov.	17 (51,5)	19 (63,3)	1,066	0,587
13.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da so osamljeni.	7 (21,2)	5 (16,7)	0,212	0,899
14.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se le redko razjezi.	4 (12,1)	7 (23,3)	2,374	0,305
15.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) živi samih.	12 (36,4)	12 (40,0)	0,218	0,897

X<sup>2</sup>: hi-kvadrat

**Vir: (Sefert, Carozza, 2002, str. 279-94)**

Preiskovanci z daljšo delovno dobo v povprečju niso dosegli večjega števila točk Palmorovega testa, vendar so pri dveh posameznih vprašanjih pokazali več znanja.

### **3.5 RAZPRAVA**

Ljudje težko sprejemamo drugačnost. Večkrat se oblikuje mnenje o določeni skupini ljudi, kar lahko vodi do stereotipnega razmišljanja in diskriminacije. Pojav starizem je predsodek ali stereotip o starostnikih. Je diskriminacija starostnikov na podlagi njihove starosti. Ta odpor do staranja in starih ljudi, njihovo podcenjevanje in preziranje lahko pripelje posledično tudi do fizičnega, čustvenega, verbalnega in intelektualnega zanemarjanja. Problem starizma je pogost pojav v družbi, a se velikokrat zanemarja. S starizmom se srečujemo v vsakdanjem življenju, tudi v kliničnem okolju. Pri preprečevanju le-tega imajo pomembno vlogo medicinske sestre.

Namen diplomskega dela je bil raziskati znanje medicinskih sester o starostnikih, ali čutijo odgovornost ukrepanja, ko do starizma pride in kaj menijo, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma.

Zdravstveni delavci se vsak dan srečujemo s pojmom starizem. Nekateri niso seznanjeni s pojmom, toda večina ga pozna pod imenom diskriminacija starostnikov. Ta se kaže tako v kliničnem okolju kot tudi zunaj le-tega, kar so nam potrdili odgovori medicinskih sester v naši raziskavi. Kar dobra polovica medicinskih sester je odgovorila, da je starizem prisoten v kliničnem okolju. Upamo si trditi, da se diskriminacija starostnikov v kliničnem okolju izvaja. Zanimalo nas je, ali medicinske sestre čutijo dolžnost posredovanja, ko do diskriminacije pride. Medicinske sestre v naši raziskavi so v polovici odgovorov odgovorile, da čutijo odgovornost posredovanja, ko do starizma pride, kar smo tudi zasledili pri avtorjema Kane in Kane (2005). To nam potrjuje, da se zavedajo svoje vloge pri preprečevanju starizma in zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe. V več kot polovici primerov so tudi navedle, da se ne izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanja starizma. To potrjuje naše predvidevanje, da je potrebno preprečevanju starizma posvetiti pozornost.

Zanimalo nas je, na kakšen način medicinska sestra preprečuje starizem. Rezultati so nam pokazali, da bi se medicinske sestre pogovorile s sodelavcem, prav tako pa bi o tem v veliki meri poročali nadrejenim. Manjši delež med njimi bi se pogovoril s starejšim

pacientom. Mnenje medicinskih sester po rezultatih je pokazalo, da bi informiranje javnosti najbolj pripomoglo pri preprečevanju starizma. kar nam potrjuje tudi pisanje avtorja Warda (2000) in Stevenson (1993), ki kaže, da se starizmu v javnosti in družbi ne posveča dovolj pozornosti. Sledil je odgovor o izobraževanju delavcev, kar pa smo tudi zasledili pri avtorjih (Nelson, 2005; Grant, 1996; Palmore, 2004; Hvalič Touzery S, Skela Savič, 2010; Weir, 2004; Bernard, 2004). To nam pove, da bi bilo potrebno v klinična okolja vključiti predavanja o starizmu. Zanimivo je, da je bil naslednji odgovor več preživetega časa s starostniki in nato izobraževanje o starizmu v času šolanja, kar tudi navajajo slednji naštetih avtorji. To nam pove tudi, da je izobraževanje velik problem mnogih medicinskih sester, kar pomeni, da se ne čutijo dovolj poučene o starizmu in da ta starizem ni dovolj obravnavan v okviru programov izobraževanja medicinskih sester. Po tem lahko sklepamo, da medicinske sestre menijo, da je pri preprečevanju starizma pomembno izobraževanje in poučevanje o tematiki ter spoznavanje starostnikov in preživljanje časa z njimi. Komunikacija s starostniki ter med zaposlenimi bi lahko usmerila k reševanju problematike pojava starizma v kliničnem okolju.

Preverjali smo če je prisotnost starizma v kliničnem okolju statistično značilno povezana z aktivnostmi za preprečevanje starizma – in dobili pritrdilen odgovor. Medicinske sestre, ki so navedle, da je v kliničnem okolju starizem prisoten, so tudi navedle, da se izvaja premalo aktivnosti za preprečevanje le-tega. Tiste, ki pa so navedle, da se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje, so prisotnost starizma v kliničnem okolju navedle v bistveno manjšem deležu. Po tem lahko sklepamo, da starizem ne dojemajo vsi enako in mu ne posvečajo vsi enako pozornosti. Lahko tudi dodamo, da se starizem pogostokrat tudi ignorira.

Zanimalo nas je, ali bodo razlike pri ukrepanju glede starizma glede na stopnjo izobrazbe in samega delovnega položaja. Med zaposlenimi v domovih obstajajo razlike v ukrepanju pri starizmu v kliničnem okolju glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Preiskovanci z višjo izobrazbo so v večji meri navedli, da bi opravili pogovor s sodelavcem, ki izvaja starizem. Glede pogovora s pacientom, poročanja nadrejenim in izogibanju dejanjem se razlike niso pokazale. Pri tem lahko sklepamo, da so se medicinske sestre z višjo izobrazbo bolj pripravljene pogovoriti s sodelavcem, ki izvaja

starizem kot tiste z nižjo. Sklepamo, da so medicinske sestre z višjo izobrazbo na višjih delovnih položajih in čutijo večjo potrebo po diskutiranju in poročanju o diskriminaciji na delovnem mestu.

Predpostavljali smo, da je delovna doba zaposlenih statistično značilno povezana z znanjem o starostnikih. Ugotovili smo, da je med medicinskimi sestrami znanje o starostnikih na zelo nizki stopnji. Vprašanja smo povzeli smo po Palmorovem testu stališč (Sefert, Carozza, 2002) in ugotovili, da so medicinske sestre z daljšo delovno dobo pokazale več znanja pri dveh vprašanjih, pri ostalih pa v povprečju niso dosegli večje število točk. Avtorici Hvalič Touzery in Skela Savič (2010) prav tako nista opazili statistično pomembne razlike med znanjem kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege. Prav tako smo, kot omenjeni avtorici, prišli do slabih in zaskrbljujočih rezultatov glede na delež nepravilnih odgovorov, kar odraža pomanjkanje znanja in prisotnost starizma. Upamo si trditi, da se na srednjih in visokih zdravstvenih šolah posveča premalo pozornosti starizmu in preprečevanju le-tega. Po odgovorih sodeč pa se v kliničnih okoljih prav tako ne posveča dovolj pozornosti, saj zaposleni z daljšo delovno dobo niso pokazali višje stopnje znanja. Stereotipne predstave lahko negativno vplivajo na delo s starostniki. Najprej bi se moralo poučiti bodoče zdravstvene delavce, nato pa tudi že zaposlene zdravstvene delavce v zdravstvenih organizacijah v zdravstvu in domovih za starejše občane, kjer bi znanje dopolnjevali. Prav tako se pomembno v času šolanja posvetiti pozornost gerontologiji, saj je znanje o starostnikih na nizki ravni. Pomembno je tudi delati na medgeneracijski solidarnosti in preživljati več časa s starostniki, tako v času šolanja kot tudi na delovnem mestu, saj so osebne izkušnje zelo pomembne.

## 4 ZAKLJUČEK

Vsi se rodimo kot nepopisan list in si sami ustvarjamo slike o ljudeh. Mnenja, predsodki in stereotipi nastopijo kasneje v življenju, ko spoznamo kompleksnost družbe in sveta. Zaradi poenostavljanja in zavračanja drugačnosti kategoriziramo ljudi v manjše skupine. Pojavi se vrednotenje ljudi na podlagi skupinske pripadnosti, ne pa osebe kot take. Ta stališča so neutemeljena in napačna. Zdravstveni delavci moramo vse ljudi obravnavati enako, ne glede na pripadnost določene skupine. Pri tem pa imamo zdravstveni delavci tudi nalogo preprečevanja diskriminacije in promocije zdravja. V to spada izobraževanje in komunikacija s starostniki. Edino na takšen način lahko zagotovimo kakovostno zdravstveno nego.

Rezultati raziskave so pokazali, da imajo medicinske sestre nizko stopnjo znanja o starostnikih. V prihodnosti bo potrebno več pozornosti posvetiti gerontologiji in pojmu starizem, tako v šolah kot zdravstvenih ustanovah in domovih za starejše. Medicinske sestre so pripravljene posredovati, ko do diskriminacije pride. Najboljši ukrepi so pogovor s tistim, ki izvaja starizem, izobraževanje zdravstvenih delavcev in več preživetega časa s starostniki.

Menimo, da je najboljši ukrep izobraževanje, tako v šolah kot tudi na delovnem mestu. Zdravstvene ustanove in domovi za starejše občane bodo morali v prihodnosti preprečevati starizem in zviševati znanje o starostnikih. V prihodnosti bi bilo smiselno kvantitativno raziskavo ponoviti na večjem, bolj reprezentativnem vzorcu in rezultate bi bilo moč posplošiti na vse medicinske sestre. Obenem pa bi bilo dobro našo raziskavo nadgraditi tudi z raziskavo na pacientih, ki bi dala še celovitejši vpogled na starizem. Poleg izobraževanja bo pomembno tudi poročanje in takojšnje ukrepanje ob pojavu starizma. Rešitev vsakega posameznika je lahko tudi opazovanje lastnega vedenja. Izobraženi in ozaveščeni dijaki, študenti in zdravstveni delavci bodo pripomogli k zavedanju problematike in preprečevanju le-te.



## 5 LITERATURA

Bernard M. Overcoming ageism, one student at a time: mentoring programs improve student attitudes toward older patients. *Geriatrics*. 2004;59:11.

Butler R. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9:243–6.

Bytheway B. Ageism and age categorization. *J Soc Issues*. 2005;61(2):361-74.

Calasanti T. Ageism, Gravity, and Gender: Experiences of Aging Bodies. *Generations* Fall 2005;9-12.

Denny E, Earle S. *Sociology for nurses*. 2nd ed. Cambridge: Polity press; 2011.

Eglit HC. Ageism and the American Legal System. Ageism in the new millennium. *Generations*. 2005;29(3):59-65.

Gutman G, Spencer C. *Aging, ageism and abuse: Moving from awareness to action*. London: Elsevier Science Publishing Co Inc; 2010.

Horowitz BP, Savino D, Krauss A. Special feature: Ageism and implications for gerontic occupational therapy practice. *Top Geriatr Rehabil*. 1999;15(2):71-8.

Hvalič Touzery S, Skela Savič B. Stopnja, stališča in vsebina znanj s področja dela s starejšimi - izsledki raziskave med kliničnimi mentorji in študenti. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kaučič BM, eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi : zbornik prispevkov z recenzijo Jesenice 9. - 10. september, 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 52-62.

Kane RL, Kane RA. Ageism in Healthcare and Long-Term Care. Ageism in the new millennium. *Generations*. 2005; 29(3):49-54.

Knapp JL, Stubblefield P. Changing students' perceptions of aging: the impact of an intergenerational service learning course. *Educ Gerontol*. 2000; 26(7): 611-21.

Latimer J, Davis T, Bagley MC, Kipling D. Ageing science, health care and social inclusion of older people. *Quality ageing older adults*. 2011;12(1): 11-6.

Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J. A Terror Management Perspective on Ageism. *J Soc Issues*. 2005;61(2):223-39.

Mcgary J, Simson C. Nursing students and elder abuse:developing a learning resource. nursing older people. *Nurs older people*. 2007;19(2): 27-30.

McGuire SL, Klein DA, Chen SL. Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nurs Health Sci*. 2008;10:11–6.

Nelson DT. Ageism: Prejudice against our feared future self. *J Soc Issues*. 2005;61(2): 207-21.

Nelson TD. Ageism: Stereotyping and prejudice against old persons. Cambridge: MIT Press; 2004.

Nolan M. Ageism: What's in a word? *J Adv Nurs*. 2003; 41(1):8–9.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

Palmore BE. Ageism: Negative and positive, second edition. New York: Springer publishing company; 1999.

Palmore EB, Erdman B, Branch LG, Harris DK. Encyclopedia of Ageism. New York: The Haworth Press; 2005.

Phelan A. Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. Nursing Inquiry. 2008;15(4):320-9.

Poley P. Elderly abuse. Nursing & Residential care. 2006;8(9):391-4.

Popham LE, Kennison S M, Bradley KI. Ageism and risk-taking in young adults: Evidence for a link between death, anxiety and ageism. Death studies. 2011; 35:51-63.

Rosowsky E. Ageism and professional training in aging: Who will be there to help?; Generations. Fall 2005:55-8.

Siefert RL, Carozza MA. A test of Palmore 's Facts on Aging Quizzes a alternate measures. J Aging Studies. 2002;16:279-94.

Sheets DJ. Aging with Disabilities: Ageism and More. Generations, Fall 2005; 37-41.

Sneed JR, Krauss Whitbourne S. Models of aging self. J Soc Issues. 2005;61(2):375-88.

Sorgman MI, Sorensen M. Ageism: A course of study. Theory Pract. 2001;13(2):117-23.

Terry P. Terrors of growing old: Dependency, loneliness and death. Therapy Today. 2006;17(3):9-11.

Thorton JE. Myths of ageing or ageist stereotypes. Educational Gerontology. 2002;28: 301-12.

Ward D. Ageism and the abuse of older people in health and social care. *Br J Nurs.* 2000;9(9):560-3.

Weir EC. Identifying and preventing ageism among health care professionals. *Int J Ther Rehabil.* 2004;11(2):6-63.

## 6 PRILOGE

### Anketni vprašalnik

Moje ime je Siniša Majdančević in sem absolvent dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, redni študij.

V okviru svoje diplomske naloge imam za vas nekaj vprašanj. Prosim, da jih pozorno preberete in se opredelite glede na trditev, ki za vas najbolj velja.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

Pred reševanjem ankete bi vas rad seznanil z pojmom starizem. Starizem je proces sistematičnega stereotipa in diskriminacije ljudi zaradi njihove starosti, prav tako kot rasizem zaradi rase ali seksizem zaradi spola (Butler, 1975; cit. po Bytheway, 2005, str. 362).

### VPRAŠALNIK I. del

#### 1. Vaša starost (obkrožite):

- a) do 20
- b) 21–25
- c) 26–30
- d) 31–35
- e) 36–40
- f) 41 ali več

#### 2. Spol (obkrožite):

- a) moški
- b) ženski

#### 3. Vaša stopnja izobrazbe (obkrožite):

- a) srednješolska izobrazba
- b) visokošolska strokovna izobrazba
- c) univerzitetna izobrazba
- d) magisterij

e) doktorat

**4. Vaša delovna doba na sedanjem delovnem mestu (obkrožite):**

a) 0–5 let

b) 6–10 let

c) 11–15 let

d) 16–20 let

e) 21 ali več

**5. Mesto vaše zaposlitve (obkrožite):**

a) Dom upokojencev Dr. Franceta Bergelja na Jesenicah

b) Dom Dr. Janka Benedika v Radovljici

c) Dom Petra Uzarja v Trziču

d) Dom starejših občanov v Preddvoru enota Naklo

e) Dom starejših občanov v Preddvoru

f) Dom upokojencev v Kranju

g) Dom upokojencev Zavod svetega Martina v Bohinju

h) Center slepih, slabovidnih in starejših v Škofji Loki

**VPRAŠALNIK II. del**

**6. Ali ste pred reševanjem anketnega vprašalnika vedeli kaj je starizem?**

a) Da

b) Ne

**7. Ste bili kdaj priča diskriminaciji starostnikov oz. starizmu?**

a) Da, pogosto

b) Da, redko

c) Nikoli

d) Ne vem

**8. Menite, da je starizem prisoten v kliničnem okolju?**

a) Da

b) Ne

c) Ne vem

**9. Se izvaja dovolj aktivnosti za preprečevanje starizma?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

**10. V primeru da ste priča starizmu, ali čutite odgovornost, da morate posredovati?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

**11. Kako bi ukrepali, če bi bili priča starizma v kliničnem okolju?(več možnih odgovorov)**

- a) Se pogovorili s sodelavcem
- b) Se pogovorili s pacientom
- c) O tem poročali nadrejeni osebi
- d) Ne storili ničesar

**12. Kaj bi storili, če bi bili priča starizmu izven kliničnega okolja?(več možnih odgovorov)**

- a) Se pogovorili s starostnikom
- b) Se pogovorili s tistim, ki izvaja starizem
- c) O tem poročali nadrejeni osebi
- d) Ne storili ničesar

**13. Zakaj meniti, da v kliničnem okolju prihaja do starizma? (več možnih odgovorov)**

- a) Ker starostniki niso zanimivi
- b) Ker imajo starostniki slabo prognozo
- c) Ker je starost zadnje obdobje življenja
- č) Zaradi pomanjkanja časa zaposlenih
- d) Ker se v času izobraževanja temu posveča premalo pozornosti
- e) Ker nekateri starostniki zavračajo zdravljenje
- f) Ker nekateri starostniki ne sodelujejo pri zdravljenju

**14. Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma izven kliničnega okolja? (več možnih odgovorov)**

- a) Izobraževanje
- b) Pogovor
- c) Informiranje javnosti o starizmu
- d) Izobraževanje javnosti
- e) Več druženja s starostniki
- f) Promocija kvalitetnega staranja
- g) Poročanje o starizmu

**15. Kaj menite, da je najboljši ukrep za preprečevanje starizma v kliničnem okolju? (več možnih odgovorov)**

- a) Izobraževanje zdravstvenih delavcev
- b) Pogovor
- c) Poročanje nadrejenim
- d) Več preživetega časa s starostniki
- e) Bolj se posvetiti tej tematiki v času šolanja
- f) Več prakse na področju gerontologije v času šolanja
- g) Oblikovanje smernic za preprečevanje starizma
- h) Osveščanje o starizmu

**16. Kaj menite, zakaj pride do starizma? (več možnih odgovorov)**

- a) Zaradi strahu pred smrtjo
- b) Zaradi zaščite svojega ega
- c) Ker vidijo v starostniku bodočega sebe
- d) Ker so bili vzgojeni tako
- e) Zaradi strahu pred drugačnostjo
- f) Ker se počutijo ogroženi
- g) Ker menijo, da so boljši od drugih
- i) Ker menijo, da je starost sinonim za bolezen

**17. Palmorov test stališč predsodkov**

Zaporedna številka	Trditev	Da	Ne	Ne vem
1.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več je senilnih (npr. imajo pomanjkljiv spomin, so zmedeni, dementni, itd.)			
2.	Starejši vozniki (stari 65 let ali več) imajo manj avtomobilskih nesreč kot vozniki stari manj kot 65 let.			
3.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se največkrat počutijo nesrečno.			
4.	Starejše osebe ponavadi potrebujejo več časa za učenje novih stvari kot mlajše.			
5.	Več kot polovica oseb starih 65 let ali več ne more imeti spolnih odnosov			
6.	Večina zdravnikov splošne medicine posveča starejšim osebam manj pozornosti.			
7.	Starejši delavci večinoma dela ne morejo opravljati tako učinkovito kot mlajši delavci.			
8.	Starejše osebe (stare 65 let ali več) imajo v primerjavi z mlajšimi osebami več kroničnih bolezni, zaradi katerih so njihove aktivnosti			



	omejene.			
9.	Večina starejših oseb se ne more prilagoditi spremembam.			
10.	Med starejšimi prebivalci (stari 65 let ali več) živi približno isti odstotek oseb pod pragom revščine kot pri ostalih prebivalcih (starih 65 let ali manj).			
11.	Za večino starejših oseb je skoraj nemogoče, da bi se naučili česa novega.			
12.	V starosti ponavadi opeša vseh pet čutov.			
13.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da so osamljeni.			
14.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) pravi, da se le redko razjezi.			
15.	Večina starejših oseb (starih 65 let ali več) živi samih.			

**Vir: (Sefert, Carozza, 2002, str. 279-94)**