



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

PREPOZNAVANJE STARIZMA V ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED LITERATURE

RECOGNISING AGEISM IN NURSING – A LITERATURE REVIEW

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Adela Huseinbašić

Jesenice, september, 2026

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici doc. dr. Radojki Kobentar za vso strokovno pomoč, usmerjanje, podporo, potrpežljivost in hitro odzivnost pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Zdenki Kramar, pred., za pregled in strokovno oceno diplomskega dela ter lektorici Ireni Starič, prof. slovenščine za jezikovni pregled.

Posebna zahvala gre moji mami, očetu in celotni družini, ki so mi skozi celoten študij stali ob strani, verjeli vame ter me s svojo podporo, razumevanjem in potrpežljivostjo spodbujali, da vztrajam do konca.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Starizem predstavlja pomemben izziv v zdravstveni negi, saj lahko negativno vpliva na kakovost zdravstvene obravnave, dostojanstvo in dobrobit starejših odraslih. Negativni stereotipi, stališča do starejših in znanje o procesu staranja lahko vplivajo na odnos zdravstvenih delavcev do starejših. Namen diplomskega dela je bil raziskati pojav starizma v zdravstveni negi ter opredeliti vlogo medicinske sestre pri njegovem prepoznavanju, preprečevanju in zmanjševanju.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti pojav starizma, njegove vzroke ter učinke na zdravstveno obravnavo starejših in opredeliti vlogo medicinske sestre pri preprečevanju, prepoznavanju ter izvajanju korektivnih ukrepov za odpravo starizma v zdravstveni negi.

Metoda: Uporabljena je bila metoda pregleda domače in tuje znanstvene ter strokovne literature, objavljene med letoma 2017 in 2026. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah PubMed, SpringerLink, ProQuest, Wiley Online Library, CINAHL in ScienceDirect in kooperativnem online bibliografskem sistemu COBISS. Iskanje je temeljilo na določenih vključitvenih in izključitvenih kriterijih. Potek izbora literature smo prikazali s diagramom PRISMA, podatke pa analizirali s kvalitativno vsebinsko analizo.

Rezultati: Z vsebinsko analizo smo oblikovali 49 kod, ki smo jih razvrstili v pet kategorij: vzroki starizma (n = 11 kod), posledice starizma pri zdravstveni obravnavi starejših (n = 13 kod), vloga medicinske sestre (n = 13 kod), izobraževanje za zmanjševanje starizma (n = 7 kod) in starosti prijazna zdravstvena obravnavo (n = 5 kod).

Razprava: Ugotovitve kažejo, da se posledice starizma pri zdravstveni obravnavi starejših prepoznavajo, vendar ostajajo težave pri poznavanju njegovih vzrokov in pomanjkanju izobraževanja. Kljub pomembni vlogi medicinske sestre ter aktivnostim, kot so spoštljiva komunikacija, individualno prilagojena obravnavo in vključevanje starejših v odločanje, ugotovitve ne kažejo zadostnega zmanjšanja starizma. Zato so pomembni nadaljnje izobraževanje s področja gerontologije, pridobivanje izkušenj pri delu s starejšimi ter razvijanje starosti prijazne zdravstvene obravnave.

Ključne besede: starizem, starejši odrasli, zdravstvena nega, medicinska sestra, starosti prijazna zdravstvena obravnavo

SUMMARY

Theoretical background: Ageism represents an important challenge in nursing care, as it can negatively affect the quality of care, dignity, and well-being of older adults. Negative stereotypes, attitudes towards older adults, and knowledge about the ageing process can influence healthcare professionals' attitudes towards older adults. The aim of the thesis was to explore ageism in nursing care and to define the role of nurses in its recognition, prevention, and reduction.

Goals: The aim of the thesis was to identify ageism, its causes and effects on the care of older adults, and to define the role of nurses in the prevention and recognition of ageism and the implementation of corrective measures to eliminate ageism in nursing care.

Methods: A review of Slovenian and international scientific and professional literature published between 2017 and 2026 was conducted. The literature was searched in the PubMed, SpringerLink, ProQuest, Wiley Online Library, CINAHL, and ScienceDirect databases and in the COBISS cooperative online bibliographic system. The search was based on predefined inclusion and exclusion criteria. The literature selection process was presented using a PRISMA flow diagram, and the data were analysed using qualitative content analysis.

Results: Content analysis yielded 49 codes which were classified into five categories: causes of ageism (n = 11 codes), consequences of ageism in the care of older adults (n = 13 codes), the role of nurses (n = 13 codes), education for reducing ageism (n = 7 codes), and age-friendly care (n = 5 codes).

Discussion: The findings revealed that the consequences of ageism in the care of older adults are recognised; however, difficulties remain in understanding its causes and a lack of training and education in this field persist. Despite the important role of nurses and activities such as respectful communication, individually tailored care, and the involvement of older adults in decision-making, the findings do not indicate a sufficient reduction in ageism. Therefore, further education in gerontology, gaining experience in working with older adults, and developing age-friendly care are important.

Key words: ageism, older adults, nursing care, nurse, age-friendly care

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	EMPIRIČNI DEL.....	6
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	6
2.3.1	Metode pregleda literature.....	6
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	7
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	8
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature.....	8
2.4	REZULTATI.....	9
2.4.1	Diagram PRISMA.....	9
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	18
2.5	RAZPRAVA.....	20
2.5.1	Omejitve raziskave.....	28
2.5.2	Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	29
3	ZAKLJUČEK.....	30
4	LITERATURA.....	34

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRISMA	10
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz).....	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu	9
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	11
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	18

SEZNAM KRAJŠAV

ADN	Associate Degree in Nursing
BSN	Bachelor of Science in Nursing
PN	Practical Nursing
PRISMA	Preferred reporting items for systematic review and meta analysis protocols
WHO	World Health Organisation

1 UVOD

Prebivalstvo v Sloveniji se stara, kar se kaže v vse večjem deležu starejših oseb. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije so prebivalci, stari 65 let ali več, po zadnjih razpoložljivih podatkih z dne 1. julija 2025 predstavljali 22,4 % celotnega prebivalstva (Statistični urad Republike Slovenije, 2025). Staranje prebivalstva povečuje potrebo po primarnem zdravstvenem varstvu in dolgotrajni oskrbi, kar zahteva ustrezno usposobljeno delovno silo ter prilagoditve fizičnega in socialnega okolja starejšim. Ob tem postaja vse pomembnejše tudi sistematično soočanje s starizmom v vseh družbenih sektorjih. Ustrezne prilagoditve in vlaganja v zdravo staranje lahko starejšim omogočijo daljše in kakovostnejše življenje, hkrati pa družbi prinesejo pomembne socialne in ekonomske koristi (World Health Organization (WHO), 2026).

Pojem starizem je prvi opredelil Robert Butler, ki ga je opisal kot sistematično diskriminacijo starejših oseb zaradi njihove starosti (Caballero Sánchez, et al., 2025). Starizem je večplasten družbeni pojav, ki nastane, ko se starost uporablja za razvrščanje in obravnavo ljudi na način, ki vodi do neenakosti ali škodo. Vključuje stereotipe, predsodke in diskriminacijo do drugih ali samega sebe na osnovi starosti (WHO, 2021). Opredeljen je bil pred več kot petimi desetletji kot oblika predsodkov med starostnimi skupinami (D'hondt, et al., 2025). Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2021) starizem sestavljajo tri med seboj povezane dimenzije (Gerdina, 2025):

- kognitivna dimenzija (stereotipi), ki se nanaša na prepričanja in predstave o starejših osebah;
- čustvena dimenzija (predsodki), ki vključuje čustva in odnos do starejših oseb;
- vedenjska dimenzija (diskriminacija), ki se kaže v ravnanju do posameznika ali skupine na podlagi starosti.

Stereotipi so posplošene in pogosto nepreverjene predstave o posamezniku ali skupini, ki temeljijo na omejenih informacijah in ne upoštevajo individualnih razlik. Nastanejo kot poenostavljen način razumevanja družbene stvarnosti, vendar lahko vodijo v napačno zaznavanje ljudi (Komidar, 2021). Ko ljudje na osnovi stereotipov sklepajo o sposobnostih posameznika, nastanejo predsodki in diskriminacija (Gerdina & Kurdija,

2024). Starostni stereotipi so prepričanja o starejših, ki so lahko negativna (npr. bolezen, nemoč, osamljenost) ali pozitivna (npr. modrost, prijaznost, zanesljivost) in se s časom spreminjajo (Gerdina, 2025). Kulturno zakoreninjeni stereotipi o staranju se utrjujejo skozi dolgotrajen proces socializacije, pri čemer lahko vplivajo na prepričanja in vedenje posameznikov (Suberry, et al., 2025). Začnejo se že v otroštvu. Otroci se okoli četrtega leta začnejo zavedati starostnih stereotipov, ki jih prevzemajo iz okolja, ter jih uporabljajo pri oblikovanju svojih stališč in vedenja do ljudi različnih starosti. Raziskave kažejo, da otroci starejše pogosto dojemajo kot nemočne in pasivne (WHO, 2021). Družbeno-ekonomske spremembe so prispevale k izgubi sistemske skrbi za starejše ter k njihovem vse pogostejšemu obravnavanju kot bremena in marginalizirane družbene skupine, kar spodbuja pojav starizma (Burcar, 2017).

Predsodki so nepreverjena in neutemeljena stališča do drugih ljudi ali skupin, ki jih pogosto spremljajo močna čustva in vrednostne ocene. Vplivajo na zaznavanje in vedenje posameznika, saj vodijo v poenostavljeno in pristransko presojanje ter lahko povzročajo nespoštljiv ali izključujoč odnos do drugih (Komidar, 2021). Starostni predsodki vodijo do slabše zdravstvene obravnave starejših, hkrati pa so v družbi pogosto manj prepoznani kot druge oblike diskriminacije (Nolimal, 2025).

Cuderman (2021) navaja, da je diskriminacija pomemben dejavnik zdravstvenih neenakosti in se kaže kot skupek politik, praks in vedenj, ki ohranjajo neenakosti med družbenimi skupinami. Prisotna je v odnosih med zdravstvenim osebjem in pacienti, pri dostopu do zdravstvenih storitev ter širše v družbenih normah, ki nekatere skupine postavljajo v slabši položaj. S tem je povezana tudi stigmatizacija, ki predstavlja družbeni odziv na drugačnost. Pojavi se, ko posameznik odstopa od družbenih norm. Posledice so lahko posmeh, izključevanje ali slabši položaj posameznika. K zmanjševanju diskriminacije zato prispevajo etične smernice, spoštovanje človekovih pravic in zaščita ranljivih skupin (Nolimal, 2025).

Starizem predstavlja vse večjo globalno skrb, saj lahko ponavljajoča se izpostavljenost starizmu povzroča negativne posledice za starejše, zlasti za njihovo doživljanje lastnega staranja (Brinkhof, et al., 2023). Izključevanje starejših iz sodobne družbe prispeva k

njihovemu prikazovanju kot manjvredne skupine, kar lahko vodi v dehumanizacijo in upravičevanje njihovega slabšega položaja (Burcar, 2017). Ker je Evropa starajoča se družba, se s povečevanjem deleža starejših povečuje tudi tveganje za pojav starizma (Gerdina & Kurdija 2024). Starizem ne vpliva enako na vse posameznike, saj lahko odpornost pomembno prispeva k zmanjševanju njegovih škodljivih učinkov (Brinkhof, et al., 2023). Pojavlja se v implicitni obliki, ki je pogosto nezavedna in se kaže v prikritih stereotipih ali predsodkih, ter v eksplicitni obliki, ki je zavestna in se izraža z neposredno diskriminacijo ali žaljivim ravnanjem do starejših. Lahko je usmerjen navznoter, proti posamezniku samemu, ali navzven, proti drugim posameznikom ali skupinam (D'hondt, et al., 2025). Pojavnost starizma ni odvisna samo od starosti, temveč nanjo vplivajo tudi drugi socialni in demografski dejavniki (Khodabandeh, et al., 2025). Raziskava Gerdine in Kurdija (2024), v kateri so primerjali podatke Evropske družboslovne raziskave iz leta 2008, v kateri je sodelovalo 1286 anketiranih, in spletnega panela CROss-National Online Survey 2 (CRONOS-2) iz leta 2022, v katerem je sodelovalo 564 anketiranih, je pokazala, da je več kot polovica anketiranih vsaj enkrat doživela predsodke ali diskriminacijo zaradi starosti. V institucionalnem okolju se starizem kaže v sprejemanju strokovnih odločitev, ki temeljijo na starostnih stereotipih, ter v organizacijskih praksah zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanov (Gerdina, 2025).

Gerdina (2023) v svojem članku opozarja na dileme pri poimenovanju starejših ljudi z bolj nevtralnimi izrazi, ki imajo negativno konotacijo, kar še ne pomeni, da se s tem spreminjajo stališča do starejših. Suberry, et al. (2025) so v raziskavi na vzorcu 318 mladostnikov, starih od 11 do 15 let, proučevali vpliv izobraževalne delavnice o starizmu. Ugotovili so, da se je po izvedbi delavnice izboljšalo razumevanje pojma starizem ter odnos mladostnikov do starejših, hkrati pa so se zmanjšali negativni stereotipi o starejših osebah. Starizem pomembno poslabšuje kakovost življenja starejših, saj prispeva k socialni izolaciji in osamljenosti ter je povezan z večjim strahom pred kriminalom in tveganjem za nasilje ter zlorabe (WHO, 2021). Huang, et al. (2025) so pokazali, da doživljanje lastnega staranja vpliva na socialno vključenost starejših. Avtorji ugotavljajo, da se starejši, ki svojo starost doživljajo bolj pozitivno, pogosteje vključujejo v družbene dejavnosti, kot so prostovoljstvo ali sodelovanje v skupnosti. Nasprotno pa lahko negativna starostna identiteta vodi v manjšo vključenost v družbene dejavnosti in večjo

socialno izolacijo. Ogrin (2025) navaja, da socialna izolacija in osamljenost pri starejših povečujeta tveganje za številne zdravstvene težave, kot so bolezni srca in ožilja, možganska kap, depresija, anksioznost ter upad kognitivnih sposobnosti.

Ker se delež starejših oseb povečuje, je pomembno, da se v zdravstveni oskrbi načrtno in dosledno obravnava problem starizma (Hreščak Švigelj, et al., 2025). Starizem v zdravstveni negi negativno vpliva na kakovost obravnave starejših oseb, zato je njegovo zmanjševanje med zdravstvenimi delavci ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne oskrbe (Caballero Sánchez, et al., 2025). Raziskava Gil Pons, et al. (2025) poudarja, da so takšne oblike neenake obravnave povezane tudi z negativnimi prepričanji o staranju, kar lahko vodi v slabše sodelovanje pri zdravljenju, nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo ter poslabšanje telesnega in duševnega zdravja starejših. V zdravstvu starizem predstavlja socialno nepravičnost, ki je družbeno pogojena in jo je mogoče spreminjati. Pri tem imajo pomembno vlogo medicinske sestre, ki predstavljajo eno izmed ključnih poklicnih skupin pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe starejših oseb (Khodabandeh, et al., 2025).

Odnos medicinske sestre do starejših pacientov pomembno vpliva na kakovost oskrbe, pri čemer lahko stres in časovni pritiski otežujejo vzpostavljanje kakovostnih odnosov (Hreščak Švigelj, et al., 2025). V raziskavi Jafari Rahim Abad, et al. (2025) so proučevali dejavnike, ki vplivajo na kompetence medicinskih sester pri zdravstveni negi starejših pacientov. V raziskavo je bilo vključenih 784 medicinskih sester, ki so izpolnile vprašalnike o svojih kompetencah, etičnih stališčih in odnosu do starejših. Rezultati so pokazali, da so etične kompetence, dodatna strokovna izobraževanja in odnos medicinskih sester do starejših pomembni dejavniki, ki vplivajo na način obravnave. Pojav starizma v zdravstveni negi je posebej problematičen, saj je v nasprotju s temeljnimi strokovnimi in etičnimi vrednotami zdravstvene nege (Khodabandeh, et al., 2025). Nolimal (2025) navaja delovanje starizma na treh ravneh: na individualni, kjer se kaže v odnosih med zdravstvenim osebjem in pacienti, na institucionalni, kjer vpliva na dostop do zdravstvenih storitev, ter na strukturni ravni, kjer družba ustvarja neenakosti. Podobne ugotovitve navajajo Khodabandeh, et al. (2025), ki razlikujejo tudi med namernim in nenamernim starizmom, ki sta posledica zavestnega ali nezavednega ravnanja zdravstvenih delavcev pri obravnavi starejših oseb. V praksi se takšne oblike

starizma pogosto odražajo kot sistematično diskriminatorno ravnanje do starejših oseb v zdravstvenem sistemu. Caballero Sánchez, et al. (2025) navajajo, da se starizem lahko kaže v neustrezni komunikaciji, spregledanih zdravstvenih težavah, nezadostnem zdravljenju ter omejenem dostopu do zdravstvenih storitev. Gerdina (2025) ugotavlja, da lahko prepričanje o »normalnosti« bolezni v starosti povzroči spregled ustreznega zdravljenja in slabšo obravnavo. Posledice se kažejo tudi v pretirani uporabi psihiatričnih zdravil, večjem tveganju za padce, kognitivnem upadanju ter zmanjšani vključenosti starejših v rehabilitacijske programe. Marques, et al. (2020) so v sistematičnem pregledu literature raziskovali dejavnike, ki vplivajo na pojav starizma pri starejših odraslih. V pregled so vključili 199 kvantitativnih raziskav, objavljenih med letoma 1970 in 2017. Med raziskavami, vključenimi v pregled, je bil za ocenjevanje negativnih stereotipov o staranju uporabljen vprašalnik (portug. Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos Hacia la Vejez – CENVE), ki meri stereotipe na področju zdravja, socialne motivacije in osebnostnih značilnosti. Avtorji ugotavljajo, da lahko izobraževalni programi pomembno zmanjšajo negativne stereotipe o staranju, učinek pa se je ohranil tudi šest mesecev po izvedbi programa.

Pri zmanjševanju starizma imajo pomembno vlogo tudi korektivni ukrepi, predvsem izobraževalne intervencije. Te vključujejo posredovanje znanja o staranju, razvijanje komunikacijskih spretnosti, krepitev empatije ter dejavnosti, kot so simulacije, igranje vlog in medgeneracijsko sodelovanje. Raziskave kažejo, da takšni ukrepi prispevajo k zmanjševanju stereotipov, predsodkov in diskriminacije do starejših ter izboljšujejo odnos zdravstvenih delavcev do starejših oseb. Učinkovitost intervencij je večja, kadar se izvajajo daljše časovno obdobje in vključujejo različne oblike aktivnega učenja (WHO, 2021).

Na osnovi predstavljenih ugotovitev je pomembno raziskati, kako medicinske sestre prepoznavajo starizem v zdravstveni negi ter kakšna je njihova vloga pri njegovem preprečevanju, prepoznavanju in izvajanju korektivnih ukrepov za njegovo odpravo.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu diplomskega dela smo izvedli pregled slovenske in tuje znanstvene ter strokovne literature in opredelili namen, cilje in raziskovalni vprašanji.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati pojav in prepoznavanje starizma v zdravstveni negi ter opisati vlogo medicinske sestre pri njegovem preprečevanju in odpravljanju.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti pojav starizma, njegove vzroke ter učinke na zdravstveno obravnavo starejših.
- Opredeliti vlogo medicinske sestre pri preprečevanju, prepoznavanju in izvajanju korektivnih ukrepov za odpravo starizma v zdravstveni negi.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo dve raziskovalni vprašanji:

- Kakšni so vzroki starizma in kakšen je njegov učinek na zdravstveno obravnavo starejših?
- Kakšna je vloga medicinske sestre pri preprečevanju, prepoznavanju in izvajanju korektivnih ukrepov za odpravo starizma v zdravstveni negi?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Opravili smo pregled znanstvene in strokovne literature, ki obravnava tematiko diplomskega dela.

2.3.1 Metode pregleda literature

V diplomskem delu smo uporabili metodo pregleda slovenske in angleške znanstvene ter

strokovne literature, objavljene v obdobju med letoma 2017 in 2026. Pregled literature smo izvedli z iskanjem v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, SpringerLink, ProQuest, Wiley Online Library, CINAHL in ScienceDirect. Za ustrezno iskanje slovenske literature smo uporabili kooperativni online bibliografski sistem COBISS. Ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku so bile: »starizem«, »diskriminacija starejših«, »stereotipi«, »zdravstvena nega«, »medicinska sestra« in »preprečevanje«. Za iskanje tuje literature smo uporabili: »ageism«, »age discrimination«, »stereotypes«, »nursing care«, »nurse«, »older adults« in »prevention«. Uporabili smo Boolove operatorje AND in OR v angleščini ter ALI in IN v slov jeziku.

Z iskalnimi besedami in besednimi zvezami smo oblikovali iskalno strategijo z naslednjimi iskalnimi nizi: (ageism OR age discrimination OR stereotypes) AND (nursing care OR nurse) AND older adults AND prevention, (ageism AND nursing care), (age discrimination AND nurse), (ageism AND older adults) v angleškem jeziku ter (starizem ALI diskriminacija starejših ALI stereotipi) IN (zdravstvena nega ALI medicinska sestra) IN preprečevanje v slovenskem jeziku.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pregledano literaturo smo prikazali tabelarično (tabela 1) in shematsko. Tabelarično smo prikazali uporabljene podatkovne baze, uporabljene ključne besede, število zadetkov ob upoštevanju vključitvenih in izključitvenih kriterijev ter izbrane zadetke za pregled v polnem besedilu. Z iskanjem v izbranih podatkovnih bazah smo pridobili skupaj 11.551 zadetkov. Po pregledu naslovov in povzetkov ter ob upoštevanju vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo izločili 11.538 zadetkov. Pri preostalih 25 zadetkih smo podrobno pregledali povzetke in prebrali vsebino v polnem besedilu, v končno vsebinsko analizo pa smo vključili 12 člankov. Izbor virov je temeljil na vsebinski ustreznosti, aktualnosti tematike ter skladnosti z namenom in cilji diplomskega dela. Shematsko smo pridobljene zadetke prikazali z diagramom PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis Protocols) (Page, et al., 2021).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz)

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	(ageism OR age discrimination OR stereotypes) AND (nursing care OR nurse) AND older adults AND prevention	18	2
ProQuest	Ageism AND nursing care AND older adults	5984	5
ScienceDirect	stereotypes AND nursing care AND older adults	2608	1
PubMed	Age discrimination AND nurse	333	2
COBISS	(starizem ALI diskriminacija starejših ALI stereotipi) IN zdravstvena nega	7	0
WileyOnline	ageism AND "older adults" AND "nursing care"	2601	2
Skupaj		11551	12

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izbrane znanstvene in strokovne članke smo večkrat prebrali, pozorno pregledali ustreznost besedil, ki se nanašajo na naši raziskovalni vprašanji, ter uporabili kvalitativni raziskovalni pristop z metodo vsebinske analize besedila. Sledilo je določanje kodirnih enot oziroma prepoznavanje delov besedil, kjer smo iskali in določili posamezne kode, ki smo jih nato smiselno združevali v kategorije (Mesec & Rape Žiberna, 2023).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregleda literature smo preverjali po hierarhiji dokazov Polit in Beck (2021), ki vsebuje osem ravni hierarhije v znanstvenoraziskovalnem delu. Na prvi, najvišji ravni so sistematični pregledi in metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav. Druga raven zajema posamezne randomizirane klinične raziskave, kamor nismo uvrstili nobenega članka. Tretja raven zajema nerandomizirane klinične raziskave, kamor nismo uvrstili nobene raziskave. Četrta raven vključuje sistematične preglede neeksperimentalnih raziskav, kamor smo uvrstili en članek (Fernández-Puerta, et al., 2024). Peta raven zajema

neeksperimentalne in opazovalne raziskave, kamor smo uvrstili pet raziskav (Brabham, 2018; Rababa, et al., 2020; Helaß, et al., 2024; Lampersberger, et al., 2024; Kim & Kim, 2025). Šesta raven vključuje sistematične preglede in metasinteze kvalitativnih raziskav, kamor nismo uvrstili nobenega članka. Na sedmo raven sodijo kvalitativne in opisne raziskave, kamor smo uvrstili tri raziskave (Fuseini, et al., 2023; Kastl, 2025; Evans, 2026). Na osmo raven sodijo neraziskovalni viri in mnenja, kamor smo uvrstili tri vire (Kokorelias, et al., 2024; Murad-Kassam, et al., 2025; Carmody & Maura, 2026).

Razvrstitev vključenih raziskav glede na hierarhijo dokazov je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Raven 1 Sistematični preglede in metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav (n = 0)
Raven 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave (n = 0)
Raven 3 Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti) (n = 0)
Raven 4 Sistematični preglede neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav (n = 1)
Raven 5 Neeksperimentalne in opazovalne raziskave (n = 5)
Raven 6 Sistematični preglede in metasinteze kvalitativnih raziskav (n = 0)
Raven 7 Kvalitativne in opisne raziskave (n = 3)
Raven 8 Neraziskovalni viri (mnenja itd.) (n = 3).

(Polit & Beck, 2021)

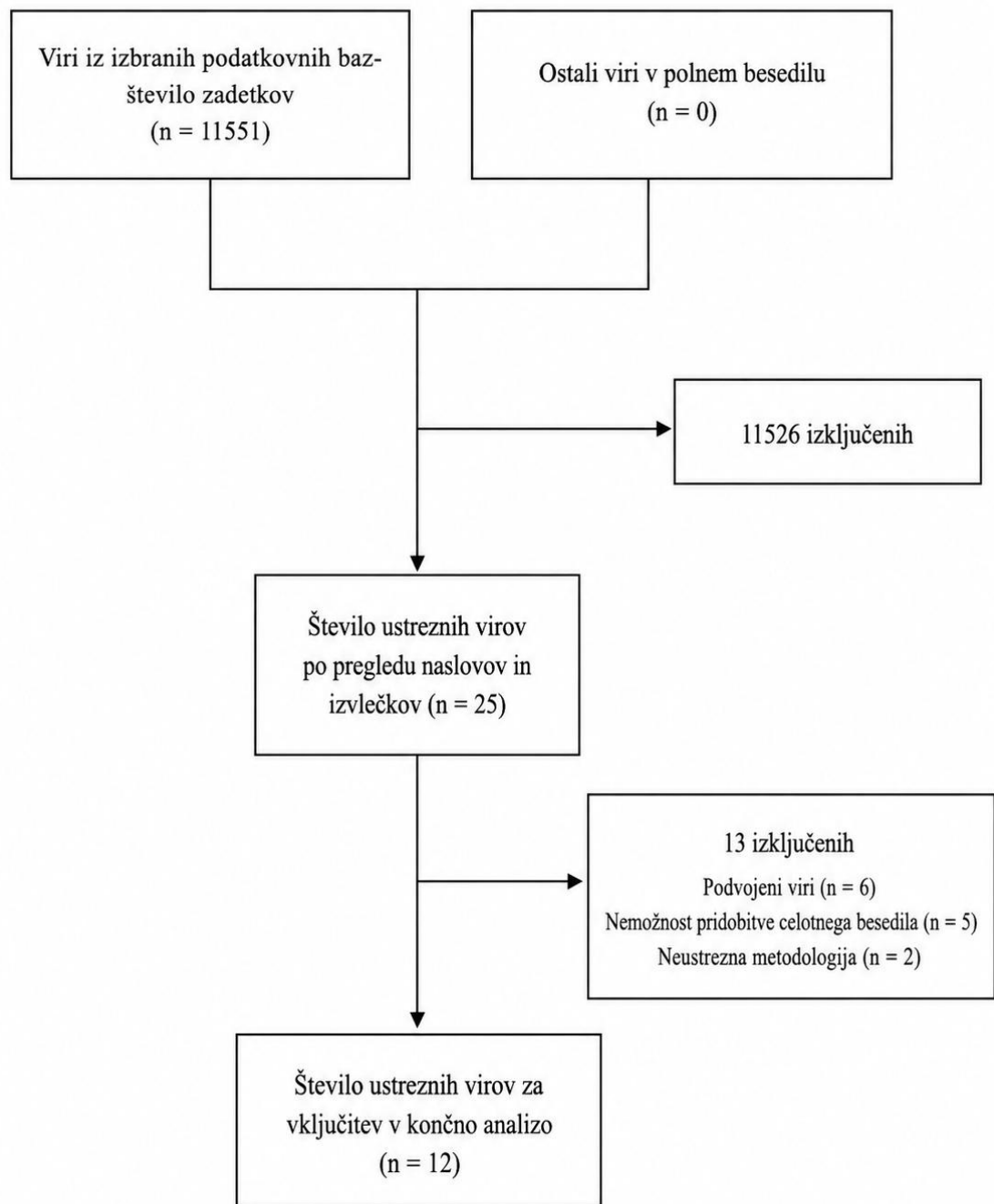
2.4 REZULTATI

Rezultati so v nadaljevanju prikazani v obliki slik in tabel.

2.4.1 Diagram PRISMA

Slika 1 prikazuje postopek izbora literature v obliki diagrama PRISMA in končno število virov, vključenih v analizo. Z uporabo izbranih ključnih besed smo pridobili 11.551 zadetkov. Po pregledu naslovov in izvodkov smo izločili 11.526 zadetkov, za nadaljnji pregled pa je ostalo 25 virov. Po pregledu celotnih besedil smo izključili 13 virov, in sicer

zaradi podvojenih virov ($n = 6$), nezmožnosti pridobitve celotnega besedila ($n = 5$) in neustrezne metodologije ($n = 2$). V končno analizo smo vključili 12 virov.



Slika 1: Diagram PRISMA
(Page, et al., 2021)

Slika 1 prikazuje postopek izbora literature v obliki diagrama PRISMA in končno število virov, vključenih v analizo. Z uporabo izbranih ključnih besed smo pridobili 11.551

zadetkov. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izločili 11.526 zadetkov, za nadaljnji pregled pa je ostalo 25 virov. Po pregledu celotnih besedil smo izključili 13 virov, in sicer zaradi podvojenih virov ($n = 6$), nezmožnosti pridobitve celotnega besedila ($n = 5$) in neustrezne metodologije ($n = 2$). V končno analizo smo vključili 12 virov.

V tabeli 3 so prikazana ključna spoznanja virov, ki smo jih uvrstili v raziskavo. Tabela zajema podatke o avtorjih, letu objave, uporabljeni metodologiji, vzorcu (velikost in država) ter ključnih spoznanjih.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Brabham	2018	Kvantitativna nerandomizirana opisna raziskava	$n = 145$ študentov zdravstvene nege (BSN, ADN in PN) ZDA	Avtorica je ugotovila, da imajo študenti zdravstvene nege omejeno znanje o staranju, vendar imajo na splošno pozitiven odnos do starejših odraslih in se počutijo dovolj kompetentne za njihovo obravnavo. Študenti programov BSN in PN so pokazali več znanja kot študenti programa ADN. Kljub pozitivnemu odnosu do starejših študenti niso vedno pokazali tudi interesa za delo z njimi. Na njihovo odločitev za delo s starejšimi vplivajo predhodne izkušnje, znanje in predstave o delu s starejšimi. Kot razlogi za manjši interes se pojavljajo predvsem fizična zahtevnost dela, predstava, da je delo s starejšimi manj zanimivo, ter strah pred obravnavo ob koncu življenja. Avtorica zato poudarja pomen vsebin s področja gerontologije in praktičnih izkušenj s starejšimi že med izobraževanjem, saj lahko pripomorejo k boljšemu znanju in bolj pozitivnemu odnosu do dela s starejšimi odraslimi.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Carmody & Maura	2026	Neraziskovalni vir (mnenje)	/ n = 0	Avtorici poudarjata pomen starosti prijazne zdravstvene obravnave starejših oseb. Predstavljata model 4M, ki vključuje štiri področja: kaj je starejši osebi pomembno (<i>What Matters</i>), varno uporabo zdravil (<i>Medication</i>), duševno in kognitivno zdravje (<i>Mentation</i>) ter ohranjanje mobilnosti (<i>Mobility</i>). Takšen pristop omogoča, da se pri obravnavi bolj upoštevajo potrebe in želje starejših oseb. Opozarjata tudi na problem starizma v zdravstvenem okolju in poudarjata pomembno vlogo medicinskih sester pri obravnavi starejših. Medicinske sestre lahko s primerno komunikacijo, vključevanjem starejših v obravnavo in upoštevanjem njihovih potreb prispevajo k bolj starosti prijazni zdravstveni obravnavi.
Evans	2026	Kvalitativna raziskava – fokusna skupina	n = 5 starejših odraslih iz skupnosti Monterey Place (New Haven, Connecticut), vključeni v 10-tedenski program umetnostne terapije. Podatki so bili zbrani z demografskim vprašalnikom, fokusno skupino in refleksivnimi zapisi.	Avtorica ugotavlja, da je 10-tedenski program umetnostne terapije pri starejših odraslih prispeval k večji socialni povezanosti, občutku pripadnosti ter krepitvi identitete in življenjske zasušine. Udeleženci so skozi skupinske ustvarjalne dejavnosti izražali svoje izkušnje in življenjske zgodbe ter poročali o čustveni podpori in boljšem počutju. Program je pri nekaterih udeležencih spodbudil tudi večje zavedanje o starizmu in razmišljanje o lastnih prepričanjih, povezanih s staranjem. Raziskava pa ni pokazala jasnih dokazov, da bi program starizem

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zmanjšal ali odpravil, saj so bila pri nekaterih udeležencih ponotranjeno prepričanje o starizmu še vedno prisotna. Avtorica zato poudarja potrebo po daljših in bolj neposredno usmerjenih intervencijah za obravnavanje starizma. Pomembno je tudi ustvarjanje varnega in vključujočega okolja, v katerem se starejši lahko povezujejo, izražajo svoje izkušnje ter se počutijo sprejete in spoštovane.
Fernández-Puerta, et al.	2024	Kvalitativna raziskava	n = 15 raziskav (sistematičen pregled vključuje raziskave iz Nigerije, Turčije, Južne Koreje, Kitajske, Združenega kraljestva, Irana, Poljske, Jordanije, Gane in Portugalske). Španija	Avtorji so v sistematičnem pregledu ugotovili, da je bila stopnja starizma med zdravstvenimi delavci na splošno nizka, vendar so se rezultati med posameznimi raziskavami razlikovali. Manj negativnih stališč do starejših odraslih je bilo povezanih z boljšim poznavanjem procesa staranja, izobraževanjem s področja gerontologije ter izkušnjami pri delu s starejšimi. Pomemben je bil tudi pogostejši osebni in poklicni stik s starejšimi odraslimi, ki lahko prispeva k zmanjševanju stereotipov in predsodkov. Avtorji zato poudarjajo pomen gerontološkega izobraževanja in pridobivanja izkušenj pri delu s starejšimi za zmanjševanje starizma med zdravstvenimi delavci.
Fuseini, et al.	2023	Kvalitativna opisna raziskava (polstrukturirani intervjuji, reflektivna tematska analiza)	n = 20 hospitaliziranih starejših odraslih, Gana	Avtorji ugotavljajo, da starejši odrasli dostojanstveno zdravstveno nego povezujejo predvsem s spoštljivo in sočutno komunikacijo, vključevanjem v odločanje, zagotavljanjem zasebnosti ter kakovostno

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				in varno zdravstveno obravnavo. Udeleženci raziskave so izpostavili, da pogosto niso prejeli dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in zdravljenju, nekateri pa niso bili dovolj vključeni v sprejemanje odločitev o svoji zdravstveni obravnavi. Pomanjkljiva komunikacija, neupoštevanje njihovega mnenja, neustrezno zagotavljanje zasebnosti in neprofesionalen odnos zdravstvenih delavcev so negativno vplivali na njihovo doživljanje dostojanstva. Pozitivno pa so doživljali spoštljiv in sočuten odnos ter upoštevanje njihovih individualnih potreb. Avtorji poudarjajo, da je pomembno starejše odrasle obravnavati kot partnerje v zdravstveni obravnavi, jim zagotavljati razumljive informacije ter jih vključevati v odločanje. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo, saj lahko s spoštljivo komunikacijo in na posameznika usmerjeno zdravstveno nego prispevajo k ohranjanju dostojanstva starejših odraslih.
Helaß, et al.	2024	Kvantitativna presečna raziskava z uporabo vprašalnika	n = 423 medicinskih sestr in zdravstvenikov. Nemčija	Negativni starostni stereotipi so bili izrazitejši pri mlajših medicinskih sestrah, medtem ko so starejše medicinske sestre izražale bolj pozitivna stališča do starejših zaposlenih. Negativni starostni stereotipi so bili povezani tudi z večjo namero po zapustitvi delovnega mesta oziroma poklica. Avtorji zato poudarjajo potrebo po zmanjševanju starostnih

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				stereotipov na delovnem mestu ter pomen izobraževanja in medgeneracijskega stika, predvsem pri mlajših zaposlenih.
Kastl	2025	Kvalitativna raziskava - fokusne skupine, induktivna vsebinska analiza	n = 45 starejših odraslih in neformalnih oskrbovalcev. Nemčija	Raziskava je pokazala, da se potrebe, izkušnje in življenjske okoliščine starejših odraslih med posamezniki razlikujejo, zato jih ni primerno obravnavati kot enotno skupino. Avtorica ugotavlja, da boljše razumevanje njihovih potreb in izzivov omogoča razvoj tehnoloških rešitev, ki so bolj prilagojene posamezniku in njegovemu vsakdanjemu življenju. Pomembno je tudi aktivno vključevanje starejših odraslih v razvoj tehnologije, saj lahko sami najbolje izrazijo svoje potrebe in pričakovanja. Opozarja, da lahko posploševanje na osnovi starosti vodi v stereotipne predstave o starejših in razvoj rešitev, ki ne ustrezajo njihovim dejanskim potrebam. Poudarja individualen pristop ter upoštevanje razlik med starejšimi odraslimi pri razvoju podpore za njihovo samostojno življenje.
Kokorelias, et al.	2024	Neraziskovalni vir (mnenje)	/ n = 0	Avtorji navajajo, da je o izkušnjah in potrebah mednarodno izobraženih medicinskih sester pri delu s starejšimi odraslimi še premalo podatkov. V protokolu pregleda obsega literature so želeli raziskati njihove izkušnje pri delu s starejšimi, potrebe po podpori in usposabljanju ter obstoječe podpirne ukrepe. Posebno pozornost so namenili dejavnikom, ki

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				lahko vplivajo na njihovo vključevanje v zdravstveno nego starejših, ter podpora, ki jo potrebujejo pri svojem delu. Namen pregleda je bil tudi prepoznati pomanjkljivosti v obstoječi literaturi in pridobiti ugotovitve, ki bi lahko prispevale k izboljšanju izobraževanja, podpore medicinskim sestram in kakovosti zdravstvene obravnave starejših odraslih.
Lampersberger, et al.	2024	Kvantitativna raziskava (spletna anketa)	n = 875 medicinskih sester. Avstrija	Avtorji so ugotovili, da imajo medicinske sestre nevtralna do pozitivna stališča do starejših odraslih in njihove oskrbe. Ugotovili so, da je kakovosten in pozitiven stik s starejšimi povezan z bolj pozitivnimi stališči, medtem ko je negativen stik povezan z manj pozitivnim odnosom. Medicinske sestre, zaposlene v oskrbi na domu, so imele bolj pozitiven odnos do starejših kot medicinske sestre v institucionalni oskrbi. Poudarjajo, da lahko medgeneracijske aktivnosti in izobraževanja prispevajo k zmanjšanju starizma ter izboljšanju kakovosti oskrbe starejših odraslih.
Murad-Kassam, et al.	2025	Neraziskovalni vir – analiza koncepta	n = 0 ni vzorca (analiza 17 znanstvenih člankov) Kanada	Avtorji ugotavljajo, da je stigma do hospitaliziranih starejših odraslih povezana z diskriminacijo na osnovi starosti, negativnimi stereotipi in neustreznim odnosom zdravstvenih delavcev. Takšna obravnava lahko vpliva na kakovost zdravstvene obravnave ter zmanjšuje dostojanstvo starejših odraslih. Stigma se lahko kaže tudi v slabšem

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				upoštevanju njihovih potreb in manjši vključenosti v odločanje o lastni zdravstveni obravnavi. Poudarjajo pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev s področja gerontologije, spoštljivega odnosa do starejših ter razvoja starosti prijaznega bolnišničnega okolja, ki omogoča bolj enakovredno in posamezniku prilagojeno obravnavo.
Rababa, et al.	2020	Kvantitativna raziskava	n = 317 medicinskih sester, Jordanija	Avtorji ugotavljajo, da so znanje medicinskih sester o staranju in njihova stališča do starejših pomembno povezana s pojavom starizma. Medicinske sestre z boljšim poznavanjem staranja in bolj pozitivnimi stališči izražajo manj starističnih prepričanj in vedenja. Višja stopnja izobrazbe, delo v univerzitetni bolnišnici ter več znanja o staranju so bili povezani z manj izraženim starizmom. Poudarjajo, da lahko izboljšanje znanja s področja gerontologije prispeva k zmanjševanju starizma ter izboljšanju kakovosti zdravstvene obravnave starejših odraslih.
Kim & Kim	2025	Kvantitativna presečna koleracijska raziskava (spletna anketa)	n = 137 medicinskih sester zaposlenih v ambulantni Južna Koreja	Avtorici sta ugotovili, da so manj izražena negativna stališča do starejših povezana z boljšimi kompetencami terapevtske komunikacije medicinskih sester, zaposlenih v ambulantni. Medicinske sestre z več kot desetimi leti kliničnih izkušenj so imele boljše komunikacijske kompetence, medtem ko je bilo nadurno delo povezano s slabšimi

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				kompetencami terapevtske komunikacije. Ugotovili sta tudi, da samo znanje s področja gerontološke zdravstvene nege ni bilo pomembno povezano z boljšimi komunikacijskimi kompetencami. Zato poudarjata pomen zmanjševanja starističnih stališč ter razvoja komunikacijskih spretnosti pri delu s starejšimi odraslimi. Kot pomembne ukrepe izpostavljata izobraževanja, ki vključujejo simulacije, igranje vlog in primere iz prakse, ter izboljšanje delovnih pogojev in zmanjševanje preobremenjenosti medicinskih sester.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Uporabili smo 12 člankov, iz katerih smo pridobili 49 kod, ki smo jih razvrstili v pet kategorij. V tabeli 4 smo poleg kod in avtorjev prikazali naslednje kategorije: vzroki starizma, posledice starizma pri zdravstveni obravnavi starejših, vloga medicinske sestre, izobraževanje za zmanjševanje starizma ter starosti prijazna zdravstvena obravnava.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Vzroki starizma	- Pomanjkanje znanja o staranju - Pomanjkanje kompetence - Negativni stereotipi in ageistična stališča - Pomanjkanje izkušenj in stika s starejšimi - Vpliv delovnega okolja - Nezdostno poznavanje potreb starejših oseb - Slabše vključevanje starejših v odločanje - Slabša terapevtska komunikacija	Brabham, 2018; Rababa, et al., 2020; Fernández-Puerta, et al., 2024; Helaß, et al., 2024; Lampersberger, et al., 2024.

Kategorija	Kode	Avtorji
	- Nespoštovanje starejših - Samostigmatizacija - Zavedanje o procesih staranja n = 11 kod	
Posledice starizma pri zdravstveni obravnavi starejših	- Slabša kakovost zdravstvene obravnave - Slabša vključenost - Stigma in diskriminacija - slabša komunikacija - zmanjšano dostojanstvo - Vpliv na duševno zdravje - Neupoštevanje potreb starejših - Slabša mobilnost - Uporaba zdravil - Slabša socialna povezanost - Občutek pripadnosti - Neupoštevanje mnenja - Pomanjkljivo informiranje n = 13 kod	Fuseini, et al., 2023; Kim & Kim, 2025; Murad-Kassam, et al., 2025; Carmody & Maura, 2026.
Vloga medicinske sestre	- Spoštljiva komunikacija - Sočutna obravnava individualno prilagojena obravnava - Vključevanje starejših v odločanje - Zagovorništvo starejših - Varovanje dostojanstva - Usmerjene intervencije - Zagotavljanje varnega okolja - Spodbujanje k izražanju čustev potreb in želja - Upoštevanje življenjskih zgodb - Individualen pristop - Upoštevanje razlik - Tehnološke rešitve - Profesionalen odnos n = 13 kod	Evans, 2026.
Izobraževanje za zmanjševanje starizma	- Izobraževanje s področja gerontologije - Stalno strokovno izpopolnjevanje - Medgeneracijsko sodelovanje - Simulacijske delavnice - Pridobivanje izkušenj - Prenos dobre prakse - Podporne aktivnosti n = 7 kod	Brabham, 2018; Rababa, et al., 2020; Kokorelias, et al., 2024.
Starosti prijazna zdravstvena obravnava	- prilagojena obravnava - opolnomočenje starejših - kakovostna zdravstvena oskrba	Fuseini, et al., 2023; Carmody & Maura, 2026; Evans, 2026.

Kategorija	Kode	Avtorji
	- Dostojanstvena ZN - Spoštljiv odnos - Sočutna komunikacija - Podajanje razumljivih informacij - Zagotavljanje zasebnosti n = 5 kod	

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo sledili zastavljenemu namenu raziskave ter s pregledom domače in tuje znanstvene ter strokovne literature raziskali pojav starizma v zdravstveni negi. Na osnovi zastavljenih raziskovalnih vprašanj smo ugotovili, da na pojav starizma vplivajo predvsem pomanjkanje znanja o procesu staranja, negativni stereotipi in neustrezna stališča do starejših. Ugotovili smo tudi, da starizem negativno vpliva na zdravstveno obravnavo starejših, medtem ko ima medicinska sestra pomembno vlogo pri njegovem preprečevanju, prepoznavanju in zmanjševanju z zagotavljanjem spoštljive, individualno prilagojene in starosti prijazne zdravstvene obravnave.

Prvo raziskovalno vprašanje se glasi: Kakšni so vzroki starizma in kakšen je njegov učinek na zdravstveno obravnavo starejših?

Omejeno znanje o procesu staranja predstavlja pomemben dejavnik pri pojavu starizma v zdravstveni negi. Rababa, et al. (2020) ugotavljajo, da je več znanja o staranju povezano z manj negativnimi stališči do starejših odraslih. Pri medicinskih sestrah z višjo stopnjo izobrazbe in zaposlenih v univerzitetnih bolnišnicah so ugotovili več znanja o staranju ter manj negativnih stališč do starejših. Podobno Brabham (2018) opozarja na omejeno znanje o staranju med študenti zdravstvene nege ter poudarja pomen izobraževanja s področja gerontologije za oblikovanje pozitivnejšega odnosa do starejših. Ugotovitve lahko povežemo tudi s Fernández-Puerta, et al. (2024), ki izpostavljajo, da so pomanjkanje znanja o staranju, manj izkušenj in omejen stik s starejšimi povezani z negativnejšimi stališči zdravstvenih delavcev do starejših oseb. Na osnovi navedenega menimo, da znanje o procesu staranja ni pomembno le za razumevanje telesnih, psiholoških in socialnih sprememb v starosti, ampak tudi za način, kako zdravstveni delavci starejšo osebo dojemajo in obravnavajo. Če medicinska sestra spremembe,

povezane s staranjem, pozna in jih razume, jih lažje loči od bolezni ali nezmožnosti ter starejše osebe ne obravnava zgolj na osnovi njihove kronološke starosti. Pri tem se kot pomembno kaže tudi pridobivanje neposrednih izkušenj pri delu s starejšimi. Fernández-Puerta, et al. (2024) namreč ugotavljajo, da lahko pogostejši osebni in poklicni stik s starejšimi prispeva k zmanjševanju stereotipov in predsodkov. Menimo, da lahko neposreden stik omogoča boljše poznavanje različnih potreb, sposobnosti in življenjskih izkušenj starejših ter s tem zmanjšuje sploševanje, ki temelji samo na starosti.

Na odnos do starejših lahko vpliva tudi doživljanje samega dela z njimi. Brabham (2018) med dejavniki, povezanimi z odnosom do dela s starejšimi, izpostavlja fizično zahtevnost dela, manjše zanimanje za delo s starejšimi ter strah pred smrtjo. Delo s starejšimi je lahko za mlajše zdravstvene delavce manj privlačno zaradi narave zdravstvene obravnave, saj je pogosto povezano s kroničnimi boleznimi, zmanjševanjem funkcionalnih sposobnosti, potrebo po dolgotrajnejši pomoči in tudi z umiranjem. V primerjavi z nekaterimi drugimi področji zdravstvene nege so lahko spremembe zdravstvenega stanja počasnejše in napredek manj izrazit, zato lahko posameznik dobi občutek, da je njegovo delo manj dinamično ali da so možnosti za izboljšanje zdravstvenega stanja omejene. Menimo pa, da lahko takšen pogled dodatno krepí negativne predstave o starejših, če se uspešnost zdravstvene nege ocenjuje predvsem glede na ozdravitev ali hitro izboljšanje zdravstvenega stanja. Po našem mnenju je zato pomembno, da se delo s starejšimi ne vrednoti le skozi njihove bolezni, omejitve ali pričakovano izboljšanje zdravstvenega stanja. Pomemben del zdravstvene nege starejših predstavljajo tudi ohranjanje njihove samostojnosti, dostojanstva in kakovosti življenja ter prilagajanje obravnave njihovim individualnim potrebam. Prav izobraževanje s področja gerontologije in pridobivanje kakovostnih praktičnih izkušenj s starejšimi lahko prispevata k boljšemu razumevanju staranja ter zmanjševanju negativnih stereotipov in starističnih stališč.

Negativni stereotipi in staristična stališča predstavljajo naslednji pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na odnos medicinskih sester do starejših. Helaß, et al. (2024) ugotavljajo razlike v izražanju starostnih stereotipov med medicinskimi sestrami različnih starosti, pri čemer so bile negativne predstave pogostejše pri mlajših medicinskih sestrah. To lahko povežemo s predhodno izpostavljenim pomenom izkušenj in stika s starejšimi, saj

se z več izkušnjami lahko razvija boljše razumevanje staranja in potreb starejših oseb. Menimo, da lahko na odnos do dela s starejšimi vplivata tudi ponavljanje podobnih aktivnosti zdravstvene nege in dejstvo, da izboljšanje zdravstvenega stanja kljub vloženemu trudu ni vedno izrazito. Takšne okoliščine lahko zmanjšujejo občutek uspešnosti in motivacijo zaposlenih za delo s starejšimi. Zato je pomembno, da se uspešnost zdravstvene nege ne ocenjuje samo glede na izboljšanje zdravstvenega stanja, temveč tudi glede na ohranjanje samostojnosti, dostojanstva in kakovosti življenja starejše osebe.

Pri zmanjševanju takšnega odnosa je pomembna na posameznika usmerjena zdravstvena nega, pri kateri se starejšo osebo obravnava kot posameznika in ne zgolj kot pripadnika določene starostne skupine. Upoštevanje individualnih potreb, želja, sposobnosti in življenjskih okoliščin starejše osebe omogoča bolj prilagojeno zdravstveno obravnavo. Helaß, et al. (2024) pri zmanjševanju starostnih stereotipov poudarjajo tudi pomen usmerjenih intervencij in medgeneracijskega stika. Menimo, da je takšen pristop pomemben predvsem zato, ker neposreden stik omogoča prepoznavanje razlik med starejšimi osebami in zmanjšuje posploševanje na osnovi njihove starosti. V praksi bi to pomenilo, da medicinska sestra pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege izhaja iz potreb posamezne starejše osebe ter jo aktivno vključuje v obravnavo.

Poleg znanja, stereotipov in izkušenj se kot pomemben dejavnik kaže tudi delovno okolje. Lampersberger, et al. (2024) povezujejo kakovostnejše izkušnje in stik s starejšimi v delovnem okolju z bolj pozitivnim odnosom do starejših. To kaže, da na oblikovanje odnosa medicinske sestre ne vplivajo samo njene osebne značilnosti in znanje, ampak tudi okolje, v katerem opravlja svoje delo. Spodbudno delovno okolje lahko omogoča več priložnosti za kakovosten stik s starejšimi, izmenjavo izkušenj med sodelavci ter pridobivanje strokovnih izkušenj pri obravnavi starejših oseb. Menimo, da ima pri tem pomembno vlogo tudi odnos sodelavcev do starejših. Pomembno je tudi učenje z zgledom, saj lahko mentorji in bolj izkušeni sodelavci s svojim načinom komunikacije in odnosom do starejših vplivajo na študente in manj izkušene zaposlene. Takšen pozitiven zgled v kliničnem okolju prispeva k bolj premišljenemu ravnanju, prepoznavanju starizma ter spoštovanju dostojanstva in avtonomije starejših oseb. Nasprotno pa lahko

okolje, v katerem se negativne predstave o starejših sprejemajo kot nekaj običajnega, prispeva k njihovem ohranjanju. Zato je pomembno, da delovno okolje spodbuja individualno in spoštljivo obravnavo starejših ter omogoča strokovno izpopolnjevanje in medgeneracijsko sodelovanje.

Lampersberger, et al. (2024) so ugotovili, da imajo medicinske sestre v dolgotrajni oskrbi do oseb, starih 80 let in več, večinoma nevtralna do pozitivna stališča. Na njihova stališča je pomembno vplivala predvsem kakovost stika s starejšimi. Medicinske sestre, ki so stik s starejšimi doživljale kot pozitiven, so imele do njih bolj pozitivna stališča, medtem ko so bile negativne izkušnje pri stiku povezane z bolj negativnimi stališči. Pozitiven stik je vključeval prijetne in kakovostne izkušnje v odnosu s starejšimi, negativne izkušnje pa so bile lahko povezane tudi z zahtevnimi pogoji dela, kot sta pomanjkanje časa in virov. Avtorji zato poudarjajo pomen ustvarjanja možnosti za pozitivne medgeneracijske stike, saj lahko ti prispevajo k zmanjševanju predsodkov in starizma ter k bolj pozitivnemu odnosu medicinskih sester do starejših.

Raziskava Kim in Kim (2025) je pokazala, da je starizem povezan s terapevtskimi komunikacijskimi kompetencami medicinskih sester pri obravnavi starejših odraslih. Terapevtske komunikacijske kompetence vključujejo vzpostavljanje povezanosti in zaupanja s pacientom, ustrezno posredovanje in sprejemanje informacij, telesno oceno ter razumevanje pacientove perspektive. Komunikacija s starejšimi odraslimi zahteva prilagoditev, saj se pri njih lahko pojavljajo senzorične spremembe, kot sta slabši sluh in vid, imajo lahko nižjo zdravstveno pismenost ter kompleksnejše načrte zdravljenja. Zato je pomembno, da medicinska sestra komunikacijo prilagodi potrebam starejše osebe in ji informacije posreduje na razumljiv način. Rezultati raziskave so pokazali, da je bila višja stopnja starizma povezana s slabšimi terapevtskimi komunikacijskimi kompetencami. Diskriminatorna stališča so bila negativno povezana z vsemi proučevanimi področji terapevtske komunikacije, kar lahko otežuje vzpostavljanje zaupanja in kakovostnega odnosa med medicinsko sestro in starejšim odraslim.

Murad-Kassam, et al. (2025) ugotavljajo, da lahko stigma in negativni stereotipi o starejših vplivajo na način njihove zdravstvene obravnave. Starejše osebe so lahko zaradi

starosti obravnavane kot bolj odvisne, zahtevne ali manj sposobne sodelovati pri odločanju o svojem zdravljenju. Takšna prepričanja lahko vplivajo na odnos zdravstvenih delavcev in vodijo do tega, da starejši niso dovolj vključeni v odločitve o svoji obravnavi. Avtorji opozarjajo tudi, da lahko diskriminatorna obravnava zmanjša kakovost zdravstvene oskrbe in negativno vpliva na dostojanstvo ter samostojnost starejših oseb. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci starejših ne obravnavajo zgolj na osnovi njihove starosti, temveč upoštevajo njihove individualne potrebe in sposobnosti (Murad-Kassam, et al., 2025). Poleg vpliva na terapevtsko komunikacijo Murad-Kassam, et al. (2025) opozarjajo na vpliv stigme in negativnih stereotipov na zdravstveno obravnavo starejših odraslih. Ugotavljajo, da lahko diskriminacija na osnovi starosti vpliva na vključevanje starejših odraslih v odločanje o lastni obravnavi, saj ti niso vedno ustrezno informirani o možnostih zdravljenja in vključeni v sprejemanje odločitev. Diskriminatorne prakse se lahko kažejo tudi v manjšem številu možnosti zdravljenja, manjšem obsegu preventivnih ukrepov ter zamudah pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih. Takšna obravnava lahko zmanjša kakovost zdravstvene obravnave ter negativno vpliva na dostojanstvo in avtonomijo starejših odraslih (Murad-Kassam, et al., 2025). Na problem starizma v slovenskem okolju opozarjata tudi Gerdina in Kurdija (2024), ki ugotavljata, da je starostna diskriminacija še vedno prisotna.

Na pomen kakovostne komunikacije opozarjajo tudi Fuseini, et al. (2023). Ugotavljajo, da starejši odrasli pogosto niso prejeli dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in zdravljenju, kar je pri njih povzročalo občutke negotovosti ter zmanjšalo njihovo vključenost v zdravstveno obravnavo. Kakovostna komunikacija s starejšimi odraslimi vključuje jasno in razumljivo podajanje informacij, aktivno poslušanje, spoštljiv odnos ter upoštevanje njihovih potreb in želja. Pomembno je tudi, da imajo starejši odrasli možnost postavljati vprašanja, izraziti svoje mnenje in sodelovati pri odločanju o svojem zdravljenju. Medicinska sestra mora pri komunikaciji preveriti, ali je starejša oseba podane informacije razumela, ter ji po potrebi informacije dodatno pojasniti. Na ta način komunikacija ne pomeni le posredovanja informacij, ampak omogoča tudi večjo vključenost starejše osebe v zdravstveno obravnavo ter prispeva k ohranjanju njenega dostojanstva.

Ugotovitve kažejo, da se starejši odrasli med seboj razlikujejo glede na svoje potrebe, življenjske okoliščine, izkušnje in uporabo tehnologije, zato jih pri zdravstveni obravnavi ni ustrezno obravnavati kot enotno skupino. Če zdravstveni delavci pri obravnavi izhajajo predvsem iz starosti posameznika in z njo povezanih predsodkov ter pri tem ne upoštevajo njegovih individualnih značilnosti, lahko pride do posploševanja in stereotipnega obravnavanja starejših (Kastl, 2025). To kaže, da starizem ni povezan samo z negativnimi stališči do starejših, ampak se lahko kaže tudi v načinu njihove zdravstvene obravnave, kadar njihove dejanske potrebe niso dovolj upoštevane. Zato je pomembno, da zdravstvena nega temelji na individualnem pristopu in da se starejšega odraslega aktivno vključuje v njegovo obravnavo. S tem se zmanjšuje možnost, da bi bila zdravstvena obravnava določena predvsem na osnovi njegove starosti. Pomen takšnega pristopa poudarjata tudi Carmody in Maura (2026), ki izpostavljata starosti prijazno in na posameznika usmerjeno zdravstveno obravnavo, pri kateri se upoštevajo njegove potrebe in želje. Ugotovitve obeh virov tako kažejo, da lahko individualno prilagojena obravnava pomembno prispeva k zmanjševanju stereotipnega obravnavanja starejših ter k bolj spoštljivi in kakovostni zdravstveni negi.

Drugo raziskovalno vprašanje se glasi: Kakšna je vloga medicinske sestre pri preprečevanju, prepoznavanju in izvajanju korektivnih ukrepov za odpravo starizma v zdravstveni negi?

Evans (2026) poudarja, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri preprečevanju starizma z ustvarjanjem varnega, spoštljivega in vključujočega okolja za starejše odrasle. S spodbujanjem odprte komunikacije, medsebojnega sodelovanja ter prilagajanjem obravnave individualnim potrebam krepi njihovo samozavest, občutek pripadnosti in dostojanstva. Avtorica izpostavlja tudi pomen zagovorniške vloge medicinske sestre, saj lahko s prepoznavanjem starističnih stereotipov ter spodbujanjem enakopravne obravnave pomembno prispeva k zmanjševanju starizma. Pri preprečevanju starizma je pomembna tudi strokovna usposobljenost medicinske sestre za delo s starejšimi odraslimi. V praksi to vključuje prepoznavanje lastnih stereotipov in predsodkov, prilagajanje zdravstvene obravnave individualnim potrebam starejšega odraslega ter njegovo vključevanje v odločanje. Pomembno vlogo imata tudi stalno izobraževanje in

pridobivanje znanja o staranju, saj boljše poznavanje procesa staranja medicinskim sestram omogoča boljše razumevanje potreb starejših in zmanjšuje možnost stereotipnega ter diskriminatornega obravnavanja.

Brabham (2018) ugotavlja, da je boljše znanje o staranju povezano s pozitivnejšimi stališči do starejših odraslih in večjim zanimanjem za delo z njimi. Avtorica poudarja pomen vključevanja gerontoloških vsebin, praktičnih izkušenj in stika s starejšimi že med izobraževanjem študentov zdravstvene nege. Podobno Rababa, et al. (2020) ugotavljajo, da je pomanjkanje znanja o staranju povezano z negativnimi stališči in starizmom do starejših oseb. Na osnovi ugotovitev obeh raziskav menimo, da je ustrezno znanje o staranju pomembno ne le za oblikovanje pozitivnejšega odnosa do starejših, ampak tudi za zgodnje prepoznavanje starističnih stereotipov in stališč. Medicinska sestra, ki pozna značilnosti staranja in se zaveda možnih stereotipnih predstav o starejših, jih lahko pri svojem delu lažje prepozna in se izogne obravnavi, ki bi temeljila zgolj na starosti posameznika ter z njo povezanih posplošenih predstavah, na primer o zmanjšanih kognitivnih sposobnostih, inkontinenci ali slabših senzornih zaznavah. Zato lahko izobraževanje in ozaveščanje predstavljata pomemben del preprečevanja starizma v zdravstveni negi starejših. V raziskavi so medicinske sestre izkazale nizko raven znanja o staranju, pri čemer avtorji opozarjajo tudi na pomanjkljivo vključevanje gerontoloških vsebin v izobraževanje zdravstvene nege. Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe so imele več znanja o staranju, manj negativnih stališč in manj izraženega starizma. Avtorji zato poudarjajo pomen vključevanja gerontoloških vsebin v izobraževanje ter nadaljnega usposabljanja medicinskih sester s področja zdravstvene obravnave starejših. Menimo, da ugotovitve kažejo, da pri preprečevanju starizma ni pomembna le stopnja izobrazbe, ampak tudi znanje o procesu staranja, praktične izkušnje in stik s starejšimi osebami. Boljše poznavanje značilnosti staranja lahko medicinskim sestram pomaga pri razumevanju potreb starejših ter prepoznavanju stereotipnih predstav, ki lahko vplivajo na njihovo zdravstveno obravnavo.

Na pomen ustreznega usposabljanja medicinskih sester opozarjajo tudi Kokorelias, et al. (2024), ki v protokolu pregleda literature poudarjajo pomen podpore in usposabljanja mednarodno izobraženih medicinskih sester, ki delajo s starejšimi osebami, ter potrebo

po prepoznavanju obstoječih podpornih ukrepov in pomanjkljivosti na tem področju. Ker se avtorji osredotočajo na mednarodno izobražene medicinske sestre, njihovih ugotovitev ne moremo neposredno prenesti na medicinske sestre, izobražene v Sloveniji, niti na njihovi osnovi sklepati, da imajo medicinske sestre, izobražene v tujini, več znanja o staranju. Menimo pa, da lahko ugotovitve povežemo s širšo potrebo po podpori in nadaljnjem izobraževanju medicinskih sester, ki pri svojem delu obravnavajo starejše osebe.

V slovenski praksi je to pomembno, saj se medicinske sestre s starejšimi osebami srečujejo v različnih okoljih zdravstvene in socialne oskrbe, med drugim v bolnišnicah, domovih za starejše in patronažnem varstvu, vse pomembnejše pa postaja tudi področje dolgotrajne oskrbe. Zato menimo, da je treba pozornost nameniti ne samo formalnemu izobraževanju, ampak tudi nadaljnjemu strokovnemu usposabljanju in podpori zaposlenim pri delu s starejšimi. Kot možne podporne ukrepe lahko izpostavimo kontinuirano strokovno izobraževanje, pridobivanje praktičnih izkušenj ter izmenjavo znanja in izkušenj med zaposlenimi. Takšni ukrepi lahko pripomorejo k boljšemu poznavanju potreb starejših, prepoznavanju negativnih stereotipov in starizma ter posledično h kakovostnejši zdravstveni obravnavi starejših oseb.

Ugotovitve Fuseini, et al. (2023), predstavljene že v okviru vpliva starizma na zdravstveno obravnavo starejših, lahko povežemo tudi z vlogo medicinske sestre. Menimo, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri zagotavljanju razumljivih informacij, spoštljivi komunikaciji in vključevanju starejših oseb v odločanje o njihovi zdravstveni obravnavi. S takšnim pristopom lahko prispeva k ohranjanju njihovega dostojanstva in večji vključenosti v zdravstveno obravnavo. Avtorji ugotavljajo tudi, da so starejši svoje dostojanstvo povezovali s spoštljivim in sočutnim odnosom medicinskih sester, zagotavljanjem zasebnosti ter upoštevanjem njihovih potreb. Poudarjajo, da morajo medicinske sestre starejše osebe obravnavati kot partnerje v zdravstveni obravnavi, jim zagotavljati ustrezne informacije in jih vključevati v sprejemanje odločitev. Takšen pristop prispeva k ohranjanju dostojanstva starejših ter kakovostnejši zdravstveni obravnavi. Evans (2026) ugotavlja, da lahko vključevanje starejših v skupinske ustvarjalne dejavnosti prispeva k njihovi socialni povezanosti, občutku

pripadnosti in lastne vrednosti. Ugotovitve raziskave kažejo tudi, da zgolj kratkotrajna intervencija ni nujno dovolj za zmanjšanje ponotranjenih starističnih prepričanj, zato avtorica poudarja potrebo po daljših in bolj neposredno usmerjenih intervencijah. Menimo, da lahko te ugotovitve prenesemo tudi na zdravstveno nego, kjer ima medicinska sestra pomembno vlogo pri ustvarjanju okolja, ki starejši osebi omogoča aktivno sodelovanje, izražanje lastnih izkušenj in ohranjanje občutka lastne vrednosti. Pri svojem delu lahko uporablja predvsem spoštljivo in aktivno poslušanje, individualno prilagojeno komunikacijo, vključevanje starejše osebe v načrtovanje zdravstvene nege ter spodbujanje sodelovanja pri odločitvah. Pomembno je tudi prepoznavanje starističnih prepričanj in izogibanje posploševanju na osnovi starosti, predsodkov, stereotipnih predstav in drugih značilnosti posameznika. Na osnovi ugotovitev menimo, da posamezna intervencija sama po sebi ne zadostuje za zmanjševanje starizma, temveč je potreben kontinuiran pristop, ki starejšo osebo vključuje kot enakovrednega partnerja v zdravstveni obravnavi. Pomembno je tudi ustvarjanje varnega, vključujočega in dostopnega okolja, v katerem se starejši počutijo sprejete, spoštovane in vključene. Carmody in Maura (2026) poudarjata pomen starosti prijazne zdravstvene obravnave, ki upošteva potrebe, želje in vrednote starejših oseb. Pri tem predstavljata model 4M, ki vključuje štiri pomembna področja: kaj je starejši osebi pomembno (What Matters), ustrezno uporabo zdravil (Medication), spremljanje duševnega in kognitivnega stanja (Mentation) ter ohranjanje mobilnosti (Mobility). Medicinske sestre imajo pri takšni obravnavi pomembno vlogo, saj so neposredno vključene v zdravstveno nego starejših oseb. Z upoštevanjem teh štirih področij lahko pripomorejo k bolj individualno prilagojeni in starosti prijazni zdravstveni obravnavi. Menimo, da je takšen pristop pomemben tudi v vsakodnevni praksi, saj so zdravstveni delavci pogosto časovno obremenjeni in izpostavljeni stresu. Iz prakse opažamo, da lahko zaradi pomanjkanja časa, izkušenj in velike delovne obremenjenosti včasih primanjkuje potrpežljivosti pri obravnavi starejših oseb. Menimo, da bi bilo treba več pozornosti nameniti spoštljivi komunikaciji, razumevanju potreb starejših ter pridobivanju izkušenj pri delu z njimi.

2.5.1 Omejitve raziskave

Pri pripravi diplomskega dela smo se soočili z nekaterimi omejitvami. Strokovne in

znanstvene literature o starizmu je bilo veliko, vendar je bilo manj raziskav, ki so se neposredno nanašale na starizem v zdravstveni negi in vlogo medicinske sestre pri njegovem preprečevanju in odpravljanju. Domače literature na obravnavanem področju je bilo malo, zato je bila večina vključenih raziskav iz tujine. Težje je bilo najti tudi raziskave, ki bi neposredno obravnavale korektivne ukrepe za zmanjševanje starizma v zdravstveni negi. Iskanje ustrezne literature je bilo zato časovno zahtevno, dodatno omejitev pa je predstavljala dostopnost nekaterih člankov v polnem besedilu. Kljub navedenim omejitvam pregled literature omogoča vpogled v dejavnike, povezane s starizmom, njegove posledice ter možnosti za njegovo zmanjševanje v zdravstveni negi. Z vključeno literaturo smo pridobili ugotovitve, ki prispevajo k boljšemu razumevanju starizma v zdravstveni negi ter vloge medicinske sestre pri njegovem prepoznavanju, preprečevanju in zmanjševanju.

2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pregled literature je pokazal, da je prepoznavanje in preprečevanje starizma pomemben del kakovostne zdravstvene nege starejših. Ugotovitve poudarjajo pomen izobraževanja s področja gerontologije, razvoja komunikacijskih kompetenc, empatije ter starosti prijazne zdravstvene obravnave. Diplomsko delo lahko prispeva k večjemu ozaveščanju medicinskih sester o vplivu starizma na zdravstveno obravnavo starejših ter spodbuja razmislek o uvajanju dodatnih izobraževanj s področja gerontološke zdravstvene nege. V prihodnje bi bilo smiselno izvesti raziskave v slovenskem prostoru, ki bi proučevale pojavnost starizma med medicinskimi sestrami. Smiselna bi bila tudi intervencijska raziskava, pri kateri bi pred izvedbo, med izvedbo in po zaključku specifičnega izobraževalnega modula o preprečevanju in zmanjševanju starizma v zdravstveni negi spremljali spremembe v znanju in stališčih medicinskih sester do starejših oseb.

3 ZAKLJUČEK

Starizem v zdravstveni negi se lahko v praksi kaže na različne načine, predvsem kadar se potrebe in sposobnosti starejše osebe presojajo na podlagi njene starosti, ne pa glede na njeno dejansko zdravstveno stanje, sposobnosti in potrebe. Takšen pristop lahko vodi v neustrezno obravnavo, zmanjševanje samostojnosti starejše osebe in njeno manjše vključevanje v odločanje o lastni zdravstveni obravnavi. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci starejših oseb ne obravnavajo kot enotne skupine, temveč zdravstveno nego prilagodijo posamezniku. To je pomembno že pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Pri hranjenju je treba oceniti stopnjo samostojnosti starejše osebe in ji omogočiti, da aktivnosti, ki jih še zmore, opravi sama. Ob pojavu težav je treba ugotoviti njihov vzrok, na primer težave z zobovjem, požiranjem ali zmanjšanim apetitom, ter ustrezno ukrepati. Prav tako je pomembno spremljati zadosten vnos hrane in tekočine ter pravočasno prepoznati tveganje za podhranjenost. Težav pri hranjenju ne smemo samodejno pripisovati starosti, temveč jih je treba obravnavati glede na potrebe posameznika. Enako velja pri odvajanju. Inkontinenca pri starejši osebi ne pomeni, da je uporaba plenice vedno edina ali najprimernejša rešitev. Ugotoviti je treba vzrok težav in izbrati ukrepe, ki starejši osebi omogočajo čim večjo samostojnost ter ohranjanje dostojanstva. Tudi pri uporabi urinskega katetra je treba redno presojati upravičenost njegove uporabe in potrebo po nadaljevanju. Pri gibanju je treba starejšo osebo spodbujati k aktivnostim, ki jih glede na svoje zdravstveno stanje in sposobnosti še zmore izvajati, ter se izogibati nepotrebnemu omejevanju njene samostojnosti. Podobno je pri zdravljenju pomembno upoštevati sposobnosti posameznika, preveriti njegovo razumevanje predpisane terapije in mu po potrebi zagotoviti ustrezno pomoč. Bistveno je, da se pri zdravstveni negi ne izhaja iz predpostavk, povezanih s kronološko starostjo, temveč iz dejanskih potreb, sposobnosti in zdravstvenega stanja posamezne starejše osebe.

Pomembno vlogo pri tem ima medicinska sestra, ki je pogosto veliko časa v neposrednem stiku s starejšo osebo. Menimo, da sta pri delu s starejšimi poleg strokovnega znanja zelo pomembni empatija in potrpežljivost. Starejši lahko potrebujejo več časa, da povedano razumejo, postavijo vprašanje ali izrazijo svoje potrebe. Prehitra komunikacija, podajanje

velikega števila informacij naenkrat in pomanjkanje časa lahko povzročijo, da starejša oseba navodil ne razume ali si jih ne zapomni. Medicinska sestra mora zato komunikacijo prilagoditi posamezniku, govoriti jasno in razumljivo ter preveriti, ali je oseba informacije razumela. Pomembno je tudi aktivno poslušanje. Že s tem, da starejšemu pokaže, da ga posluša, mu nameni čas in njegove težave jemlje resno, lahko veliko prispeva k njegovemu občutku varnosti, sprejetosti in dostojanstva.

Menimo tudi, da delo s starejšimi zahteva potrpežljivost, razumevanje in zanimanje za njihove potrebe. Strokovno znanje je pri tem nujno in ga je treba povezovati s prakso, ki temelji na znanstveno potrjenih dokazih. Pomembna sta izobraževanje s področja gerontologije in pridobivanje praktičnih izkušenj pri delu s starejšimi. Klinično usposabljanje mora potekati pod vodstvom mentorja, ki študenta usmerja, povezuje teoretično znanje s praktičnim delom ter mu omogoča postopno pridobivanje izkušenj. Študent pri tem ne sme biti obravnavan predvsem kot dodatna oziroma nadomestna delovna sila zaradi pomanjkanja kadra, temveč mora biti v ospredju njegov učni proces. Le tako lahko klinično okolje omogoča pridobivanje strokovnega znanja, razvijanje praktičnih spretnosti ter razumevanje potreb starejših oseb.

Pri preprečevanju starizma je pomembno tudi pravočasno prepoznavanje neprimerne, nespoštljive ali nestrokovne zdravstvene obravnave. Takšno ravnanje je lahko opozorilo, da je treba ukrepati in preprečiti njegovo ponavljanje. Medicinska sestra lahko na neprimerno ravnanje opozori sodelavca, o dogodku spregovori v zdravstvenem timu ter sodeluje pri iskanju vzrokov in možnih izboljšav. Pomembni so tudi pogovor, strokovno izobraževanje, jasna pravila ravnanja ter zgled izkušenejših sodelavcev. Menimo, da lahko uporaba sodobne tehnologije in robotike v prihodnosti zdravstvenim delavcem olajša nekatere naloge, vendar ne more nadomestiti človeškega odnosa, empatije, razumevanja in prilagajanja individualnim potrebam starejše osebe. Prav osebni stik in občutek, da je nekdo pripravljen poslušati, sta pri zdravstveni negi starejših še vedno zelo pomembna.

Velik izziv v zdravstveni negi predstavlja tudi pomanjkanje kadra. Menimo, da lahko velika delovna obremenitev in pomanjkanje časa vplivata na to, koliko se medicinska

sestra lahko posveti posamezni starejši osebi. Kadar je treba delo opraviti hitro, lahko zmanjka časa za pogovor, dodatno razlago ali poslušanje, čeprav starejša oseba prav to potrebuje. Zato zmanjševanja starizma ne moremo razumeti samo kot odgovornost posamezne medicinske sestre. Pomembni so tudi ustrezni pogoji dela, zadostno število zaposlenih, podpora zaposlenim ter možnosti za izobraževanje in pridobivanje izkušenj. Menimo tudi, da niso vsi zaposleni enako primerni za delo s starejšimi. Pri izbiri kadra bi bilo poleg ustrezne izobrazbe in strokovnega znanja pomembno upoštevati tudi motivacijo za delo s starejšimi, način komunikacije, potrpežljivost, empatijo in odnos do starejših oseb. Samo pomanjkanje kadra ne bi smelo biti razlog, da se za takšno delo izbere oseba, ki zanj nima interesa ali primernega odnosa. Smiselno bi bilo že pri zaposlovanju s pogovorom preveriti motivacijo in pričakovanja kandidata, pozneje pa njegovo delo spremljati tudi v času uvajanja. Menimo, da bi na ta način lažje prepoznali zaposlene, ki so za delo s starejšimi primerni in pripravljeni razvijati znanje ter odnos, ki ga takšno delo zahteva.

Ob pripravi diplomskega dela smo dodatno spoznali, kako pomembno je starejšemu človeku omogočiti, da je slišan. Starejši imajo za seboj številne življenjske izkušnje in mnogi so preživeli težke življenjske dogodke, zato njihovega vedenja, potreb ali odzivov ne moremo presojati samo na osnovi njihovih let. Včasih je treba starejšo osebo večkrat poslušati, ji določene stvari ponovno razložiti ali ji preprosto nameniti nekoliko več časa. Menimo, da lahko zdravstveni delavci že s prijaznostjo, spoštljivim odnosom in pripravljenostjo poslušati pomembno vplivajo na izkušnjo starejšega človeka v zdravstveni obravnavi.

Na podlagi spoznanj lahko zaključimo, da preprečevanje starizma zahteva spremembe tako pri zdravstvenih delavcih kot v zdravstvenih ustanovah. Pomembno je izobraževanje o staranju, prepoznavanje lastnih stereotipov ter zagotavljanje spoštljive in individualno prilagojene zdravstvene nege. Poseben izziv predstavlja prepoznavanje starizma v praksi, saj lahko zaradi strahu pred posledicami ostane neopažen ali neobravnava. Zato je pomembno ustvariti okolje, v katerem lahko zdravstveni delavci varno opozorijo na neustrezno ravnanje, ter omogočiti raziskovanje starizma in pridobivanje podatkov o

njegovem dejanskem obsegu. Tako je mogoče prepoznati težave, načrtovati ustrezne ukrepe in izboljšati zdravstveno obravnavo starejših oseb.

4 LITERATURA

Brabham, D.D., 2018. *Znanje, odnos in zaznana kompetenca starejših študentov zdravstvene nege glede starejših odraslih: doktorska disertacija*. Fort Lauderdale: University Nova Southeastern, College of Nursing.

Brinkhof, L.P., De Wit, S., Murre, J.M.J. & Ridderinkhof, K.R., 2023. Mitigating the harmful impact of ageism among older individuals. The buffering role of resilience factors. *Geriatrics*, 8(6), pp. 1-4. 10.3390/geriatrics8060123.

Burcar, L., 2017. Starizem ali starostizem? *Andragoška spoznanja*, 23(1), pp. 117-119. 10.4312/as.23.1.117-119.

Caballero Sánchez, S., Imaz-Aramburu, I., San Martín-Gamboa, B., Irazusta, A., Fernández-Atutxa, A., Cepeda-Miguel, S. & Fraile-Bermúdez, A.B., 2025. A knowledge- and empathy-based intervention to reduce negative stereotypes about older adults among nursing students: a pre-, post-, and six-month follow-up study. *Geriatric Nursing*, 64, p. 103422. 10.1016/j.gerinurse.2025.103422.

Carmody, J. & Maura, N.R., 2026. Redesigning Health Systems for an Aging Society: Why Age-Friendly Care Matters. *Journal of Gerontological Nursing*, 52(3), pp. 5-8. 10.3928/00989134-20260205-01.

Cuderman, N., 2021. Stigmatizacija - ovira za inkluzijo. *Vzgoja*, 23(91), pp. 39-40.

D'hondt, S., Aujoulat, I. & Degryse, J.M., 2025. Scales used to assess ageism in the health care sector: a (COSMIN) systematic review of the measurement properties. *BMC Geriatrics*, 25, p. 666. 10.1186/s12877-025-06338-1.

Evans, R.E., 2026. *An art therapy program aimed at disrupting the power of ageism: Creating awareness, liberation, and reinvigoration: doktorska disertacija*. New Haven: Southern Connecticut State University.

Fernández-Puerta, L., Caballero-Bonafé, A., de Moya-Romero, J.R., Martínez-Sabater, A. & Valera-Lloris, R., 2024. Ageism and associated factors in healthcare workers: A systematic review. *Nursing Reports*, 14(4), pp. 4039-4059. 10.3390/nursrep14040295.

Fuseini, A.G., Rawson, H., Ley, L. & Kerr, D., 2023. Patient dignity and dignified care: A qualitative description of hospitalised older adults' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), pp. 1286-1302. 10.1111/jocn.16286.

Gerdina, O., 2023. Mehkejše izrazoslovje ali na starosti utemeljena socialna varnost. *Kakovostna starost*, 26(2), pp. 3-11.

Gerdina, O., 2025. *Izzivi dolgožive družbe: podobe starosti v Sloveniji in svetu*. Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.

Gerdina, O. & Kurdija, S., 2024. Ageism in Slovenia: assessing differences between 2008 and 2022. *Annales: Anali za istrske in mediteranske študije, Series Historia et Sociologia*, 34(1), pp. 45-58. 10.19233/ASHS.2024.04.

Gil Pons, E., Pinazo-Clapés, C., Sales Galan, A., Pinazo-Hernandis, S. & Checa Esquivá, I., 2025. Ageism and suicide: A structural equation modeling analysis and evaluation of a high-fidelity simulation-based intervention for future healthcare professionals. *Geriatric Nursing*, 66, p. 103674. 10.1016/j.gerinurse.2025.103674.

Helaß, M., Greinacher, A., Müller, A., Friederich, H.C., Maatouk, I. & Nikendei, C., 2024. Vloga negativnih starostnih stereotipov in sociodemografskih dejavnikov pri nameri odhoda med medicinskim osebjem nemških univerzitetnih bolnišnic. *Inquiry: revija o organizaciji, zagotavljanju in financiranju zdravstvene oskrbe*, 61, pp. 1-8. 10.1177/00469580241277912.

Hreščak Švigelj, L., Rondič, K., Ružič, A., Prosen, M. & Ličen, S., 2025. (Ne)prisotnost starizma v zdravstvenem okolju: analiza stališč zdravstvenih delavcev. *Kakovostna starost*, 28(3), pp. 27-48.

Huang, D., Song, W. & Feng, R., 2025. The impact of age identity on social participation of older adults. *BMC Geriatrics*, 25, p. 215. 10.1186/s12877-025-05868-y.

Jafari Rahim Abad, Y., Saadati, K. & Ghaffari, F., 2025. Factors predicting holistic nursing competence in a sample of nurses caring for older adults. *BMC Geriatrics*, 25(1), p. 906. 10.1186/s12877-025-06617-x.

Kastl, A., 2025. Empathy mapping and creating hybrid personas: Understanding older adults' needs in designing technology for ageing in place. *Computers & Structural Biotechnology Journal*, 28, pp. 552-563. 10.1016/j.csbj.2025.11.044.

Khodabandeh, M., Masoudi Alavi, N. & Taebi, M., 2025. Ageism in nursing care and its attributed factors in hospitals: A cross-sectional study in Iran 2023. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 40(2), pp. 197-207. 10.1007/s10823-025-09531-2.

Kim, S. & Kim, H., 2025. Associations among Gerontological Nursing Knowledge, Attitudes Toward Ageism, and Therapeutic Communication Competency: A Cross-sectional Online Survey among Outpatient Nurses in General Hospitals. *Journal of Korean Academy of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 34(2), pp. 164-174. 10.12934/jkpmhn.2025.34.2.164.

Kokorelias, K.M., Saragosa, M., Abdelhalim, R., Philippopoulos, E. & Vo, A., 2024. Experiences of internationally educated nurses working with older adults: A scoping review protocol. *PLOS ONE*, 19(10), e0307795. 10.1371/journal.pone.0307795.

Komidar, K., 2021. Stereotipi, predsodki in vrednotni sistem študentov zdravstvene nege. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta. Novo mesto, 18. november 2021*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 35.

Lampersberger, L.M., Lohrmann, C. & Großschädl, F., 2024. Nurses' perspectives on old age and caring for adults aged 80 years and older: A cross-sectional study in long-term care. *BMC Nursing*, 23(1), p. 850. 10.1186/s12912-024-02503-w.

Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixoto, F. & Martins, D., 2020. Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), p. 2560. 10.3390/ijerph17082560.

Mesec, B. & Rape Žiberna, T., 2023. *Kvalitativno raziskovanje v teoriji in praksi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.

Murad-Kassam, S., Yan, W. & Khadaroo, R.G., 2025. Stigma towards hospitalised older adults: A concept analysis. *Nursing Open*, 12(9), e70215. 10.1002/nop2.70215.

Nolimal, D., 2025. Starostna diskriminacija in javno zdravje. *Zdravniška zbornica Slovenije*, 25(12), pp. 32-34.

Ogrin, A., 2025. Socialna izolacija in osamljenost med starejšimi ljudmi. *Kakovostna starost*, 28(3), pp. 58-66.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The British Medical Journal*, 372(71), pp. 1-9. 10.1136/bmj.n71.

Polit, D.F. & Beck, T.C., 2021. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rababa, M., Hammouri, A.M., Hweidi, I.M. & Ellis, J.L., 2020. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), pp. 593-601. 10.1111/nhs.12701.

Statistični urad Republike Slovenije, 2025. *Število in sestava prebivalstva*. [online] Available at: <https://www.stat.si/statweb/Field/Index/17/104> [Accessed 9 January 2026].

Suberry, A., Okun, S. & Ayalon, L., 2025. Reducing Ageism and Enhancing Social Activism in Middle School: The Use of Diverse Measures of Ageism. *Journal of applied gerontology*, 44(2), pp. 243-254. 10.1177/07334648241271930.

World Health Organization (WHO), 2021. *Global report on ageism*. [pdf] World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/340208> [Accessed 9 January 2026].

World Health Organization (WHO), 2026. *Ageing*. [online] Available at: <https://www.who.int/health-topics/ageing> [Accessed 11 January 2026].