

DOŽIVLJAJ USAMLJENOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Hajdinjak, Renata

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:340682>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-18**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA U RIJECI
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Renata Hajdinjak

DOŽIVLJAJ USAMLJENOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Završni rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA
THE FACULTY OF HEALTH STUDIES UNIVERSITY OF RIJEKA
UNDERGRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Renata Hajdinjak
EXPERIENCE OF LONELINESS OF ELDERLY PEOPLE
Final thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: Marija Spevan, mag.med.techn.

Završni rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija
Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.dr.sc. Bojan Miletić, dr. med.
2. Marija Bukvić, prof. reh., mag. med. techn.
3. Dr. sc. Marija Spevan, mag. med. techn.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podaci o studentu:

Sastavnica	Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij sestrinstvo - izvanredni
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Renata Hajdinjak
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	DOŽIVLJAJ USAMLIJENOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI
Ime i prezime mentora	Marija Spevan
Datum predaje rada	25.08.2024.
Identifikacijski br. podneska	45382109
Datum provjere rada	02.09.2024.
Ime datoteke	provjera završnog hajdinjak
Veličina datoteke	1,016.49K
Broj znakova	64140
Broj riječi	10342
Broj stranica	46

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	12%
-----------------	-----

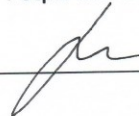
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Iz pregleda isključen popis literature

Datum

02.09.2024.

Potpis mentora



SADRŽAJ

1. UVOD.....	8
1.1. Psihološko starenje	2
1.2. Psihološki aspekti starenja	3
1.3. Društvenost i starost	4
1.4. Razumijevanje emocionalnih i društvenih putanja kroz odraslu dob.....	6
1.5. Socijalne determinante mentalnog zdravlja starijih osoba	8
1.6. Društvena izolacija	9
1.7. Prethodnici društvene izolacije	10
1.8. Usamljenost.....	12
1.9. Obrasci socijalne izolacije kod bolesnih starijih osoba	15
1.10. Zdravstvena njega osoba starije dobi.....	16
2. CILJEVI I HIPOTEZE	19
3. ISPITANICI I METODE.....	20
3.1. Ispitanici.....	20
3.2. Postupak i instrumentarij	20
3.3. Statistička obrada podataka.....	21
3.4. Etički aspekti istraživanja	21
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	22
4.1. Obilježja ispitanika	22
4.2. Deskriptivna analiza rezultata ankete	25
5. RASPRAVA	31
6. ZAKLJUČAK.....	33
7. POPIS LITERATURE	34
PRILOZI.....	36

SAŽETAK

UVOD: Starenje je prirodan proces, koji se događa svim ljudima. Osobe starije životne dobi se također vesele, tuguju, plaše i pokazuju hrabrost, odlučnost u nekim situacijama kao i mlađe osobe. Unaprjeđenje zdravstvene zaštite, kvalitetniji standard života, smanjena stopa prirodnog prirasta neki su od faktora povećanja udjela starijeg stanovništva u razvijenim europskim zemljama. Kod usamljenih osoba pojavljuju se specifični osjećaji poput depresije (tuga, ranjivost), očaj (uplašenost, napuštenost) i samoosušivanje .

Glavni cilj ovog rada bio je istražiti doživljaj usamljenosti osoba starije životne dobi.

METODE: Istraživanje je obuhvatilo osobe starije životne dobi koji žive u svojim domaćinstvima, a članovi su Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet i starije osobe koje žive u ustanovi socijalne skrbi – Domu za starije osobe Buzet. Planirani broj ispitanika bio je 120, 60 koji žive u svojim domaćinstvima i 60 koji žive u Domu za starije osobe Buzet. Kriterij za isključivanje bio je da starija osoba pati od bilo koje vrste demencija.

REZULTATI: Prema rezultatima ovog istraživanja, incidencija usamljenosti raste ovisno o tome gdje stariji ljudi borave. Usporede li se rezultati udruge umirovljenika sa rezultatima Doma za starije osobe, primjećuje se kako je viša stopa zabilježena kod ispitanika u udruzi. Utvrđeno je također i kako žene pokazuju veći stupanj usamljenosti u odnosu na muškarce.

ZAKLJUČAK: Osjećaj pripadnosti je važan aspekt svakog pojedinca pa tako i osoba starije životne dobi. Usamljenost se, također, smatra javnozdravstvenim problemom. Da bi se smanjila usamljenost kod starijih osoba mnoge su europske zemlje razvile intervencije za promicanje zdravlja koje se dijele na pojedinačne programe i intervencije u zajednici gdje se resursi zajednice koriste za podršku starijim osobama i njihovim potrebama.

Ključne riječi: dom za starije osobe, klub starijih osoba, starije osobe, usamljenost

SUMMARY

INTRODUCTION: Ageing is a natural process that happens to everyone. Older people are also happy, sad, anxious and show courage and determination in some situations, just like younger people. Better health care, a higher quality of life and a lower natural growth rate are some of the factors that increase the proportion of older people in developed European countries. Lonely people experience specific feelings such as depression (sadness, vulnerability), despair (fear, abandonment) and self-condemnation.

The aim of this study was to investigate the experience of loneliness in older people.

METHODS: The study included older people living in their own households who are members of the Register of Pensioners of the Croatian Association of Buzet, as well as older people living in a social institution - the Buzet Home for the Elderly. The planned number of respondents was 120, 60 living in their own households and 60 living in the Buzet retirement home. The exclusion criterion was that the elderly suffered from any type of dementia.

RESULTS: The results of this study show that the frequency of loneliness increases depending on where the elderly live. When comparing the results of the pensioners' association with those of the retirement home, it was found that a higher rate was recorded among respondents in the association. It was also found that women have a higher level of loneliness compared to men.

CONCLUSION: A sense of belonging is an important aspect for everyone, including older people. Loneliness is considered a public health problem. In order to reduce loneliness among older people, many European countries have developed health promotion interventions divided into individual programmes and community interventions that use community resources to support older people and their needs.

Keywords: loneliness, retirement home, seniors, seniors club

1. UVOD

Na biološkoj razini, starenje je rezultat utjecaja nakupljanja raznih molekularnih i staničnih oštećenja tijekom vremena. To dovodi do postupnog smanjenja tjelesne i mentalne sposobnosti, rastućeg rizika od bolesti i konačno smrti. Ove promjene nisu ni linearne ni dosljedne i samo su labavo povezane s dobi osobe. Raznolikost u starijoj dobi nije slučajna. Osim bioloških promjena, starenje je često povezano s drugim životnim prijelazima kao što su odlazak u mirovinu, preseljenje u prikladniji smještaj i smrt prijatelja i partnera (1).

Uobičajena stanja u starijoj dobi uključuju gubitak sluha, kataraktu i refrakcijske pogreške, bol u leđima i vratu i osteoartritis, kroničnu opstruktivnu bolest pluća, dijabetes, depresiju i demenciju. Kako ljudi stare, veća je vjerojatnost da će doživjeti nekoliko stanja u isto vrijeme. Stariju životnu dob karakterizira i pojava nekoliko složenih zdravstvenih stanja koja se obično nazivaju gerijatrijski sindromi. Često su posljedica višestrukih temeljnih čimbenika i uključuju slabost, urinarnu inkontinenciju, padove, delirij i dekubituse (2).

Duži život sa sobom donosi prilike, ne samo za starije ljude i njihove obitelji, već i za društva u cjelini. Dodatne godine pružaju priliku za bavljenje novim aktivnostima kao što su daljnje obrazovanje, nova karijera ili dugo zanemarena strast. Stariji ljudi također doprinose na mnogo načina svojim obiteljima i zajednicama. Ipak, opseg ovih mogućnosti i doprinosa uvelike ovisi o jednom čimbeniku, a to je zdravlje (3).

Iako su neke varijacije u zdravlju starijih ljudi genetske, većina je posljedica fizičkog i društvenog okruženja ljudi, uključujući njihove domove, susjedstva i zajednice, kao i njihovih osobnih karakteristika, poput spola, etničke pripadnosti ili socioekonomskog statusa. Fizičko i društveno okruženje može utjecati na zdravlje izravno ili putem prepreka ili poticaja koji utječu na mogućnosti, odluke i zdravstveno ponašanje. Održavanje zdravog ponašanja tijekom cijelog života, osobito uravnotežena prehrana, redovita tjelesna aktivnost i suzdržavanje od pušenja, doprinose smanjenju rizika od nezaraznih bolesti, poboljšanju fizičkih i mentalnih sposobnosti i odgađanju ovisnosti o skrbi (2).

Poticajno fizičko i društveno okruženje također omogućuje ljudima da rade ono što im je važno, unatoč gubicima sposobnosti. Dostupnost sigurnih i pristupačnih javnih zgrada i prijevoza, te mjesta koja su laka za hodanje, primjeri su poticajnog okruženja. U razvoju

javnozdravstvenog odgovora na starenje, važno je ne samo uzeti u obzir individualne pristupe i pristupe okoliša koji umanjuju gubitke povezane sa starijom dobi, već i one koji mogu ojačati oporavak, prilagodbu i psihosocijalni rast (2).

1.1.Psihološko starenje

Starenje je multifaktorski proces koji utječe na ljudsko tijelo na svim razinama i rezultira kako biološkim tako i psihičkim promjenama. Više studija pokazalo je da je niža subjektivna dob povezana s boljim mentalnim i fizičkim zdravljem, kognitivnim funkcijama, dobrobiti i zadovoljstvom životom. Ne postoji tipična starija osoba. Neki 80-godišnjaci imaju fizičke i mentalne sposobnosti slične mnogim 30-godišnjacima. Drugi ljudi doživljavaju značajan pad sposobnosti u mnogo mlađoj dobi. Sveobuhvatan javnozdravstveni odgovor mora se pozabaviti ovim širokim rasponom iskustava i potreba starijih ljudi (3).

Raznolikost koja se vidi u starijoj dobi nije slučajna. Velik dio proizlazi iz fizičkog i društvenog okruženja ljudi i utjecaja tih okruženja na njihove mogućnosti i zdravstveno ponašanje. Odnos koji ljudi imaju s okolinom iskrivljen je osobnim karakteristikama kao što su obitelj u kojoj su rođeni, spol i etnička pripadnost, što dovodi do nejednakosti u zdravlju. Često se za starije ljude smatra da su slabi ili ovisni i da predstavljaju teret društvu. Stručnjaci u javnom zdravlju i društvo u cjelini trebaju se pozabaviti ovim i drugim stavovima koji se odnose na starenje, a koji mogu dovesti do diskriminacije, utjecati na način na koji se razvijaju politike i mogućnosti koje stariji ljudi imaju da dožive zdravo starenje. Globalizacija, tehnološki razvoj (npr. u prometu i komunikacijama), urbanizacija, migracija i mijenjanje rodni normi izravno i neizravno utječu na živote starijih osoba (4).

Povećanje očekivanog životnog vijeka dovelo je do znatne varijabilnosti u percepciji dobi, budući da pojedinci mogu sebe i druge doživljavati kao znatno mlađe ili starije od svoje kronološke dobi. Percepcija subjektivne dobi može imati duboke učinke na ponašanje i dobrobit, a povezana je sa životnim vijekom pojedinca. Teorija socioemocionalne selektivnosti koju je razvila Laura L. Carstensen na Sveučilištu Stanford, tvrdi da „percepcija vremena igra temeljnu ulogu u odabiru i ostvarivanju društvenih ciljeva“. Proširena percepcija vremena može dovesti do motivacije i izbora temeljenih na znanju (4).

Nasuprot tome, kada je percepcija vremena ograničena, osoba može biti motivirana da preferencijalno donosi odluke temeljene na emocijama. Ova teorija i povezane studije

istaknule su važnost psihologije starenja kao zasebnog polja i postavile temelj za proučavanje psiholoških i psihofizioloških markera starenja. Iako je postignut znatan napredak u identificiranju biomarkera ljudskog biološkog starenja, psihološko starenje još uvijek se slabo razumije (5).

1.2.Psihološki aspekti starenja

Usamljenost i otuđenost su jako raširene, a prema nekim istraživanjima jedna od tri starije osobe se osjeća usamljeno. Veliki broj istraživanja pokazuje da društvena izolacija i usamljenost imaju ozbiljan utjecaj na dugovječnost starijih osoba, njihovo fizičko i mentalno zdravlje te kvalitetu života. Učinak društvene izolacije i usamljenosti na smrtnost uspoređen je s učinkom drugih dobro utvrđenih čimbenika rizika za smrtnost kao što su pušenje, pretilost i tjelesna neaktivnost. Razvijen je širok izbor intervencija kako bi se smanjila društvena izolacija i otuđenost među starijim osobama. Stvaranje zajednica prilagođenijih starijoj dobi poboljšanjem pristupa prijevozu te informacijskim i komunikacijskim tehnologijama također može pomoći u smanjenju društvene izolacije i usamljenosti. Osim toga, zakoni i politike koji se bave marginalizacijom i diskriminacijom mogu potaknuti veću društvenu povezanost (5).

Utjecaj usamljenosti i društvene izolacije na zdravlje oduvijek je poznat. Dokazi o njihovim štetnim učincima na mentalno zdravlje su posebno jaki, uključujući ishode kao što su depresija, anksioznost, shizofrenija, samoubojstvo, demencija i Alzheimerova bolest. Osim toga, usamljeni i izolirani ljudi imaju povećani rizik i od razvoja tjelesnih bolesti, uključujući koronarne bolesti srca i kardiovaskularna stanja. Osim toga, postoje dokazi o značajnoj povezanosti usamljenosti i rizika od razvoja karcinoma, kao i veće osjetljivosti na zarazne bolesti.

Iako su različiti koncepti, otuđenost i socijalna izolacija često se koriste kao sinonimi i stoga ih je potrebno razmatrati zajedno u ispitivanju njihovih utjecaja na zdravlje. Usamljenost je percipirani deficit između stvarne i željene kvalitete ili kvantitete odnosa. Društvena izolacija je objektivno kvantificiran nedostatak u društvenim odnosima pojedinca koji se često mjeri u smislu veličine društvene mreže, raznolikosti ili učestalosti kontakata. Ljudi mogu biti društveno izolirani, a da se ne osjećaju usamljeno, ili se mogu osjećati usamljeno unatoč tome što imaju odgovarajuću količinu društvenih odnosa (6).

Velik dio dosadašnjih istraživanja o štetnom učinku usamljenosti/društvene izolacije na zdravlje usmjeren je na zdravstvena stanja povezana sa starenjem. Osim toga, brojne longitudinalne studije pokazale su kumulativne učinke usamljenosti/društvene izolacije na lošije zdravlje. Nekoliko socio-demografskih trendova u posljednjim desetljećima pogoršava te utjecaje na zdravlje starijih osoba. Prvi je dramatičan porast dugotrajnih kroničnih stanja koja su postala glavni izvor morbiditeta i mortaliteta među starijim osobama. Drugo, starenje stanovništva u mnogim zemljama znači da postoji sve veći broj starijih odraslih koji žive dulje i izloženi su većem riziku od usamljenosti/društvene izolacije i s njima povezanim lošim zdravstvenim učincima. Konačno, povećanje udjela starijih osoba koje žive u samačkim kućanstvima znači da će veći udjeli starijih osoba vjerojatno doživjeti usamljenost i izolaciju što je usko povezano sa samim načinom životom (6).

Unatoč demografskim i društvenim trendovima i povezanim utjecajima na zdravlje, i dalje postoje značajne praznine u razumijevanju veze između usamljenosti/društvene izolacije i lošeg zdravlja. Nekoliko studija istražuje neizravne puteve lošeg zdravlja putem ponašanja povezanih sa zdravljem i umjesto toga se fokusira na izravne biološke ili fiziološke putove. Studije koje razmatraju povezanost s ponašanjem povezanim sa zdravljem, sugeriraju da je usamljenost/socijalna izolacija povezana s nižom tjelesnom aktivnošću, zlouporabom alkohola i pušenjem. Osim toga, uzročna veza s otuđenošću/društvenom izolacijom među starijim osobama je uloga potencijalnih zbunjujućih ili modificirajućih varijabli, npr. siromaštvo i nisko obrazovanje, a to može imati važne smjernice u oblikovanju učinkovitih javnozdravstvenih intervencija (7).

1.3.Društvenost i starost

Društvenost igra važnu ulogu u zaštiti ljudi od iskustva psihološke nevolje i u poboljšanju dobrobiti. George (1996) je sažeo neke od empirijski dobro potkrijepljenih učinaka društvenih čimbenika na simptome depresije u kasnijem životu i izvijestio da su sve veća dob, manjinski rasni ili etnički status, niži socioekonomski status i smanjena količina ili kvaliteta društvenih odnosa povezani s povećane razine simptoma depresije. Socijalna izolacija glavni je čimbenik rizika za funkcionalne poteškoće kod starijih osoba. Gubitak važnih odnosa može dovesti do osjećaja praznine i depresije (8). Osobe uključene u pozitivnu vezu manje su pogođene svakodnevnim problemima i imaju veći osjećaj kontrole i neovisnosti. Oni koji nemaju veze često postaju izolirani, ignorirani i depresivni. Oni koji su

uhvaćeni u lošim vezama imaju tendenciju razvijati i održavati negativnu percepciju sebe, smatraju da život nije zadovoljavajući i često nemaju motivaciju za promjenu (3).

U starijoj dobi društvene sfere također mogu utjecati na kognitivno funkcioniranje. Sve veći broj studija otkrio je da je manja vjerojatnost da će starije osobe koje su uključene u snažne društvene mreže i visoke razine društvene aktivnosti doživjeti pad kognitivnog funkcioniranja nego njihovi društveno neangažirani vršnjaci (4). U jednoj prospektivnoj studiji, otkriveno je da pozitivne društvene mreže mogu biti zaštita od kognitivnog pada. Stariji ljudi koji se uključuju u volonterske aktivnosti koje su društvene ili zahtjevne također postižu bolje rezultate u kognitivnim zadacima od starijih odraslih osoba uključenih u samotne aktivnosti s niskim kognitivnim zahtjevima. Društvena podrška povezana je ne samo sa zaustavljanjem kognitivnog pada, već i s ponovnim funkcioniranjem; a jače društvene mreže i emocionalna podrška procijenjene ubrzo nakon moždanog udara povezane su s većim poboljšanjima u kognitivnom funkcioniranju (8).

Imati malo društvenih kontakata ili živjeti sam ne jamči stanje usamljenosti. Zapravo, za starije osobe vrijeme provedeno s obitelji može biti manje ugodno od posjeta susjedu ili nekome iz njihove dobne skupine. To se može pripisati činjenici da su odnosi s obitelji obično obavezni, dok su odnosi s prijateljima stvar izbora. Ovo dodatno naglašava potrebu za percipiranim unutarnjim mjestom kontrole nad društvenom interakcijom kao sredstvom za ublažavanje usamljenosti. Posner (1995) ističe da su stariji ljudi skloni stvarati prijateljstva uglavnom s onima unutar iste dobne skupine. Stoga je s godinama neizbježno da ljudi gube svoje prijateljske mreže i da im je sve teže inicirati nova prijateljstva i pripadati novim mrežama (7).

Međutim, oni s više fizičkih, materijalnih i intelektualnih resursa također imaju više društvenog "kapitala", što im omogućuje da nastave tražiti nove odnose i oblike društvene uključenosti. Broj starijih ljudi u cijelom svijetu raste. Kako pojedinci stare, suočavaju se s brojnim fizičkim, psihološkim i društvenim promjenama uloga koje predstavljaju izazov za njihov osjećaj sebe i sposobnost da žive sretno. Depresija i usamljenost smatraju se glavnim problemima koji dovode do narušavanja kvalitete života starijih osoba. U isto vrijeme, starost može biti i prilika za sklapanje novih prijateljstava, razvijanje novih interesa, otkrivanje novih načina služenja te provođenje više vremena u zajedništvu s Bogom (9).

1.4. Razumijevanje emocionalnih i društvenih putanja kroz odraslu dob

Najranije teorije o društvenom starenju tvrdile su da se u kasnijem životu događaju duboke kvalitativne promjene u psihološkom funkcioniranju. Teorija neangažiranosti, koja je desetljećima dominirala proučavanjem društvenog starenja, tvrdila je da se ljudi, kako dođu u starost, emocionalno udaljavaju i odvajaju od voljenih osoba u simboličnoj pripremi za smrt. Međutim, kako je empirijsko istraživanje raslo, uočeni obrasci nisu podržavali ključne postavke teorije odvajanja. Društvene mreže doista se smanjuju u veličini, ali je tipičan psihološki profil starenja općenito pozitivan i društveno angažiran. Noviji modeli usklađuju društvene i emocionalne putanje (9).

Selektivna optimizacija s kompenzacijom (SOC) nudi meta-model ili heuristiku za objašnjenje interakcija između osoba i situacija unutar perspektive životnog vijeka. Prema ovom modelu, tijekom odrasle dobi ljudi postaju sve svjesniji dobitaka i gubitaka povezanih s godinama. Budući da se socijalne, kognitivne i funkcionalne rezerve često smanjuju s godinama, resursi se pažljivo raspoređuju. Kao rezultat toga, ljudi odabiru ciljeve koji su važni i koji se realno mogu postići u kasnijem životu. Ti se ciljevi često biraju po cijenu drugih, manje važnih prioriteta koji se na kraju odbacuju. Kako se ciljevima daje prioritet, ljudi se ponašaju tako da optimiziraju svoje sposobnosti za postizanje tih ciljeva. Ako se njihovi ciljevi ne mogu postići korištenjem njihovih uobičajenih strategija, ljudi se mogu uključiti u kompenzacijske aktivnosti, kao što je traženje pomoći drugih. Primjenjujući ovaj model na društvene odnose, održavanje emocionalno bliskih odnosa ponekad praćeno još višim razinama blagostanja odražava odabir i optimizaciju. Odbacivanje perifernih odnosa stvara više vremena i energije za te važne odnose (9).

Teorija socioemocionalne selektivnosti (SST) tvrdi da se motivacija mijenja kako ljudi stare i kako se vremenski horizonti smanjuju. Prema SST-u, svijest o vremenskim horizontima utječe na ciljeve. Bilo svjesna ili podsvjesna, svijest o ograničenjima vremena aktivira promjene u hijerarhiji ciljeva. Ljudi koji su mladi i zdravi obično vide budućnost kao ekspanzivnu. Kad ljudi vide naizgled beskrajn vremenski horizont, prioritet daju ciljevima

koji ih pripremaju za dugu i maglovitu budućnost. Ciljevi usmjereni na stjecanje znanja i informacija za svoje buduće mogućnosti imaju prioritet u odnosu na druge ciljeve. Međutim, kako ljudi stare, a vremenski horizonti su ograničeni, ciljevi sve više naglašavaju emocije i značenje (9).

Životno iskustvo također mijenja načine na koje ljudi pristupaju društvenim situacijama. Konkretno, životna iskustva utječu na to kako ljudi obrađuju i reagiraju na emocionalne informacije. Čini se da su starije odrasle osobe osjetljivije na emocionalne znakove kada donose društvene zaključke u usporedbi s mlađim odraslim osobama. Prema integraciji snage i ranjivosti (SAVI) ljudi mijenjaju svoju perspektivu kao rezultat vremena preostalog za život (kao što je postavljeno teorijom socioemocionalne selektivnosti) i povećavaju svoje znanje o tome kako regulirati svoje emocije i svoj društveni život iz iskustva stečenog iz prethodno proživljenog vremena (9).

Ove promjene u perspektivi osposobljavaju starije odrasle osobe da se snalaze u svom okruženju tako da uspješno izbjegavaju negativna iskustva. SAVI također tvrdi da su biološki sustavi s godinama postali manje fleksibilni. Fiziološki i subjektivni procesi nemaju savršenu korespondenciju, ali se međusobno nadopunjuju, osobito kada ljudi doživljavaju visoke razine fiziološkog uzbuđenja. Kada ljudi koriste strategije koje im omogućuju izbjegavanje negativnih emocionalnih iskustava, doživljavaju više razine blagostanja u usporedbi s mlađim odraslim osobama (9).

Teoretičari emocija dugo su naglašavali važnost procjena u određivanju emocionalnog iskustva i dobiti. Specifične misli povezane su s određenim emocijama: na primjer, beznađe, bespomoćnost i gubitak povezani su s tugom; percepcija da netko ili nešto stoji na putu do cilja povezana je s ljutnjom; procjene prijetnji povezane su s anksioznošću. Hoće li osoba doživljavati situaciju kao izazov ili prijetnju ovisi o emocionalnom stresu koji će ona ili on doživjeti. Dobne razlike u tome kako ljudi percipiraju i procjenjuju emocionalni materijal naširoko su dokumentirane. U studijama koje su ispitivale kako ljudi usmjeravaju svoju pažnju manje od jedne sekunde nakon izlaganja emocionalnim i neutralnim vizualnim podražajima, starija dob povezana je s pažnjom usmjerenom prema pozitivnijim podražajima. Nakon što ljudi procijene informacije, veća je vjerojatnost da će se mlađe odrasle osobe zadržati na tim negativnim informacijama nego starije odrasle osobe (10).

1.5.Socijalne determinante mentalnog zdravlja starijih osoba

Društvene determinante zdravlja su nemedicinski čimbenici koji utječu na zdravstvene ishode i imaju značajan učinak na zdravstvene nejednakosti. Istaknuti primjeri ovih društvenih odrednica uključuju prehranu, obrazovanje, zapošljavanje i životni okoliš, a odnose se na cjelokupno stanovništvo (10).

Na starije odrasle osobe utječe nekoliko vrsta ovih determinanti, a to su društvene determinante koje utječu na cjelokupno zdravlje, jedinstvene društvene determinante mentalnog zdravlja, kao što su stigma prema mentalnim bolestima, neujednačenost skrbi za mentalno zdravlje, pogrešan sustav kaznenog pravosuđa, i beskućništvo i društvene determinante povezane sa starenjem, kao što su dob, nedostatak radne snage i društvena izolacija/usamljenost. Postoje, međutim, i neke pozitivne društvene odrednice zdravlja relevantne za starost, kao što su mudrost, otpornost, smisao života i angažman u zajednici. Procjena i rješavanje ovih odrednica na razini pojedinca i zajednice ključni su za prevenciju mentalnih poremećaja i poboljšanje dobrobiti starijih osoba općenito.

Starost definiraju stereotipi, predrasude i diskriminacija usmjerena prema ljudima na temelju njihove dobi. Javnost i mediji često raspravljaju o starenju i starijim osobama koristeći negativne stereotipe, kao što je pad mentalnih i kognitivnih funkcija. Nažalost, ovu vrstu pejorativnog pogleda na kasniji život mogu internalizirati i sami stariji pojedinci, stvarajući začarani krug koji rezultira lošim mentalnim zdravljem. Starost uzrokuje nejednakosti i ima štetne učinke na pojedinca, zajednicu i društvo. Borba protiv starenja jedno je od četiri područja djelovanja Desetljeća zdravog starenja (2021.-2030.) koje su proglasili UN i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) (11).

Stigma mentalnih poremećaja još je veća u kasnijoj životnoj dobi. Primjer je stigma protiv agitacije kod pacijenata s demencijom, od kojih mnogi provode dane ili tjedne u hitnim službama jer ih ustanove za dugotrajnu njegu više ne žele primiti, a društvo im nije pružilo alternative. Primarni skrbnik često je supružnik ili odraslo dijete starijeg pacijenta. Uloga njegovatelja povezana je s fizičkim, psihološkim i emocionalnim izazovima kada se brine za nekoga s demencijom i/ili ozbiljnom tjelesnom bolešću. Sami njegovatelji često pate od značajnog morbiditeta (11).

Nedavno izvješće Nacionalnih akademija znanosti, inženjerstva i medicine istaknulo je javnozdravstveni značaj usamljenosti (tj. subjektivne nevolje koja proizlazi iz neravnoteže između željenih i percipiranih društvenih odnosa) i objektivno mjerljive društvene izolacije. Starije odrasle osobe posebno su izložene velikom riziku od usamljenosti i društvene izolacije. Čimbenici rizika povezani sa starenjem uključuju smrt supružnika, tjelesni invaliditet, loše zdravlje i obveze skrbi (11).

Usamljenost i društvena izolacija povezani su s nepovoljnim mentalnim i fizičkim zdravstvenim ishodima, uključujući zlouporabu alkohola i droga, suicidalnost, lošu prehranu, sjedilački način života, neadekvatan san i pogoršanje fizičkog funkcioniranja. Usamljenost i društvena izolacija jednako su opasni za zdravlje kao pušenje i pretilost, te su važan čimbenik rizika za Alzheimerovu bolest, tešku depresiju i generalizirani anksiozni poremećaj, kao i za kardiovaskularne i metaboličke bolesti. Usamljenost je češća kod osoba s teškim mentalnim poremećajima poput shizofrenije nego u općoj populaciji. Izvješće Nacionalne akademije potiče daljnja istraživanja kako bi se utvrdila snaga prediktivne povezanosti usamljenosti i društvene izolacije sa smrtnošću te kako bi se razjasnilo kako ova dva entiteta stupaju u interakciju s drugim aspektima društvenih odnosa, uključujući društvenu podršku (11).

1.6.Društvena izolacija

Pojam društvene izolacije obuhvaća gustu, višedimenzionalnu konstrukciju, odražavajući strukturne i funkcionalne aspekte društvenog angažmana ili odnosa. Temeljni rad Cornwell-a i Waite-a (2009.) definira društvenu nepovezanost kao objektivnu mjeru društvene izolacije koja odražava fizičku odvojenost od drugih pojedinaca. Oslanjajući se na pokazatelje koje je prikupio Nacionalni projekt društvenog života, zdravlja i starenja (NSHAP), ova teorija razmatra nepovezanost kao spoj domena karakteristika društvene mreže, načina života, broja prijatelja i članova obitelji i stupnja društvenog sudjelovanja (12).

Društvena izolacija, definirana kao objektivno malo društvenih odnosa i rijetkih društvenih kontakata, razlikuje se od usamljenosti, subjektivnog osjećaja nedostatka povezanosti s drugim ljudima i želje za više zadovoljavajućim odnosima. Iako se ta dva pojma razlikuju u značenju, Globalna inicijativa za usamljenost i povezanost (GILC) naglašava da se mogu pojaviti u isto vrijeme. Ljudi koji doživljavaju društvenu izolaciju obično imaju

minimalan društveni kontakt, malo ili nimalo kvalitetnih odnosa i nedostatak osjećaja pripadnosti. Razlikuje se od usamljenosti po tome što je usmjerena na društveni kontakt, a ne na subjektivne osjećaje samoće. Usamljenost označava osjećaju li se ljudi izolirano ili ne, a poznata je kao subjektivna izoliranost. Ključna razlika ovdje je objektivna naspram subjektivne; usamljenost se temelji na percipiranim osjećajima, dok se izolacija temelji na okruženju (12).

Izoliranima se smatraju osobe koje žive same, nikad ne izlaze iz kuće, nemaju bliske rođake, nikad nikoga ne posjećuju, nemaju kontakta sa susjedima, nemaju telefon ili su same duže od 9 sati dnevno. Usamljenima se smatraju ako žele više prijatelja, ne viđaju dovoljno svojih prijatelja i rodbine, nemaju pravih prijatelja koji žive u blizini, ne upoznaju dovoljno ljudi i nemaju od koga tražiti usluge. Mnoge starije osobe zadovoljit će većinu, ako ne i sve, od ovih kriterija, zbog čega je društvena izolacija počela postajati sinonim za izolaciju starijih osoba.

Osoba oboljela od kronične bolesti izložena je riziku od iskustava koja dovode do promjena u pokazateljima objektivne socijalne nepovezanosti. Na primjer, razina angažmana koju dopušta bolest može ugroziti društvene kontakte bolesne osobe. Drugo, osobe s kojima oboljeli pojedinac dijeli određene aktivnosti mogu se povući jer više ne mogu dijeliti te aktivnosti s oboljelom osobom, a ove su promjene posebno problematične jer kronična bolest može nametnuti veću potrebu za socijalnom potporom (12).

1.7.Prethodnici društvene izolacije

Nekoliko čimbenika može povećati vjerojatnost razvoja društvene izolacije kod osoba s kroničnom bolešću. U ovoj teoriji, oni se klasificiraju kao predisponirajući i precipitirajući čimbenici. Predisponirajući čimbenici za socijalnu izolaciju definirani su kao već postojeća stanja i uključuju dob, spol, imigracijski status, status zanimanja, životno okruženje, seksualnu orijentaciju, osobine ličnosti i genetsku predispoziciju. Mnoštvo dokaza pokazuje da je socijalna izolacija relativno češća kod starijih osoba. Glavni razlozi ove veće prevalencije mogu se pripisati intruzivnoj bolesti koja utječe na aktivnosti svakodnevnog života, umirovljenju ili gubitku voljenih osoba (npr. supružnika, člana obitelji ili prijatelja). Dob neizravno utječe na društvenu izolaciju preko drugih čimbenika (npr. starosne razlike) (13).

Društvena izolacija također varira ovisno o spolu; zapravo, utvrđeno je da žene imaju šire i jače društvene mreže od muškaraca. Drugi važan predisponirajući čimbenik je imigracijski status; dokazi sugeriraju da su imigranti skloniji društvenoj izolaciji, što se povezuje sa stresorima kao što su jezične barijere i razlike u kulturnom podrijetlu. Važno je da je veća vjerojatnost da će ova populacija biti izložena diskriminaciji i rasizmu, što izaziva osobnu nesigurnost prema društvenim interakcijama i društvenom sudjelovanju.

Nizak prihod još je jedan predisponirajući čimbenik društvene izolacije. Cohen-Mansfield, Shmotkin i Goldberg (2009) prospektivno su proučavali starije ljude i nakon 3,5 godine otkrili da se usamljenost javlja uglavnom kod onih koji su imali ograničena financijska sredstva, vjerojatno zbog nametnutih ograničenja na specifične aktivnosti u slobodno vrijeme (npr. putovanja, druženje s prijateljima na večerama) (14).

Okolni čimbenici također mogu olakšati društvenu interakciju; a općenito je život u urbanoj sredini povoljniji za interakciju zbog veće dostupnosti društvenih resursa, dok razina kriminala u susjedstvu negativno utječe na društvene interakcije zbog percipiranih prijetnji sigurnosti. Različita životna okruženja mogu utjecati na živote ljudi pogođenih kroničnim bolestima; na primjer, određeni zdravstveni problem može pogoršati osjećaj usamljenosti zbog činjenice da oboljeli živi u četvrti s visokim stupnjem kriminala te nema hrabrosti izlaziti u susjedstvo i družiti se. Još jedan čimbenik koji pogoršava društvenu izolaciju može biti prestanak vožnje zbog pogoršanja fizičkog zdravlja. Ovo može biti važno pitanje za ljude koji žive na mjestima s malim mogućnostima prijevoza. Osim toga, na socijalnu izolaciju utječe samo zdravstveno okruženje; na primjer, domovi za dugotrajnu njegu mogu povećati ili smanjiti izolaciju, ovisno o čimbenicima kao što su lakoća kontakta s obitelji i prijateljima, prisutnost tehnologije i udobni privatni prostori (14).

Precipitirajući čimbenici su čimbenici rizika koji, u skupinama ili sami, pokreću pojavu usamljenosti ili socijalne nepovezanosti. Mnogi od ovih precipitirajućih čimbenika nisu povezani s kroničnom bolešću, ali čine suočavanje s bolešću puno većim izazovom. Ostali precipitirajući čimbenici izravno su povezani s kroničnom bolešću, odražavajući opseg fizičke i psihičke intruzivnosti same bolesti. Ti čimbenici uključuju stigmatu, tugu, učestalost i neugodnost simptoma, fizičku disfunkciju, senzorne nedostatke, promjene slike tijela, nedostatak samopoštovanja, nizak osjećaj pripadnosti i nekvalitetnu socijalnu podršku.

Stigma kod osoba s kroničnom bolešću javlja se u obliku anticipirane (tj. očekivanja stigmatiziranih iskustava u budućnosti), internalizirane (osjećaji samousmjerenih predrasuda

uzrokovanih apsorbiranjem negativnih stereotipa iz društva) i ozakonjene stigme (tj. iskustvo nepoštenog ponašanja koje su počinili drugi). Karakteristika nevidljivosti kronične bolesti nudi ključ za objašnjenje moguće dinamike nastanka izolacije, jer društvo može djelovati diskreditiranjem i obezvrjeđivanjem osobe misleći da osoba pretjeruje sa simptomima. To dodatno pojačava internaliziranu stigmu, stvarajući tako društvenu izolaciju povezanu sa stigmom. Suptilniji, ali češći oblik stigmatizacije također predstavlja iskustvo sažaljenja ili suosjećanja koje prenose članovi obitelji i prijatelji (14).

Starost je još jedan faktor koji potiče izolaciju i vrlo je sličan stigmati. Ageizam se definira kao negativni stereotipi, predrasude i diskriminacija prema starosti i procesu starenja. Iako je još uvijek relativno nedovoljno proučen koncept, dob može biti važan čimbenik rizika za usamljenost u kasnoj životnoj dobi, kroz mehanizam društvenog odbacivanja (npr. obvezno umirovljenje) i utjelovljenja stereotipa (tj. negativne samopercepcije starenja zbog stereotipa). Rezultirajuća izolacija može se pogoršati u prisutnosti intruzivne bolesti koja dovodi do pogoršanja tjelesnog zdravlja (npr. kompromitirana pokretljivost) (15).

Tuga je emocionalna reakcija koja se obično povezuje s kroničnom bolešću. Tuga je prema tome, proces prilagodbe koji je kompliciran pojavom simptoma, napredovanjem i neizlječivošću bolesti te povezanim oštećenjima. Posljedice aktivnog stanja tugovanja su neprijateljstvo, nisko samopoštovanje i samoizolacija. Nisko samopouzdanje uobičajeno je kod bolesnika s kroničnom bolešću. Nisko samopoštovanje povezano je s negativnim društvenim usporedbama, osjećajem neadekvatnosti i pretjeranom samokritičnosti. Nadalje, neke kronične bolesti dovode do promjena u slici tijela (npr. pretilost, psorijaza i mastektomija s rakom dojke) i fizičkih funkcija. Emocionalna reakcija koja proizlazi iz ovih bolesti, zajedno s očekivanom stigmom, izaziva progresivno opadanje slike o sebi i samopoštovanja, što postaje osnova za isključenje iz niza svakodnevnih društvenih interakcija (15).

1.8. Usamljenost

Usamljenost se definira kao neugodno subjektivno iskustvo i kao odgovor na socijalnu izolaciju, određeno percepcijom nesklada između odnosa koje netko očekuje i objektivnih odnosa koje ima. Ova teorija prihvaća teoriju operacionalizacije koju je predložio Weis (1973), u kojoj se usamljenost opisuje u smislu njezine emocionalne i socijalne dimenzije. Odrednice usamljenosti najčešće se definiraju na temelju 2 kauzalna modela. Prvi model ispituje *vanjske čimbenike*, koji su odsutni u društvenoj mreži, kao korijen usamljenosti; dok

se drugi eksplanatorni model odnosi na *unutarnje čimbenike*, kao što su osobnost i psihološki čimbenici (14).

Usamljenost može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih posljedica. To je jedan od 3 glavna čimbenika koji dovode do depresije i važan uzrok samoubojstva i pokušaja samoubojstva(14). Kako ljudi stare, povećava se vjerojatnost da će doživjeti gubitke povezane sa starenjem. Takvi gubici mogu spriječiti održavanje ili stjecanje željenih odnosa, što rezultira većom učestalošću usamljenosti. Mnogi ljudi osjećaju usamljenost zbog toga što žive sami, nedostatka bliskih obiteljskih veza, smanjene povezanosti sa prijateljima ili nemogućnosti aktivnog sudjelovanja u aktivnostima lokalne zajednice. Kada se to događa u kombinaciji s tjelesnim nedostatkom, demoralizacija i depresija su uobičajeni pratioci. Istraživači su izvijestili o negativnom učinku usamljenosti na zdravlje u starijoj dobi. Smrt supružnika i prijatelja te socijalna izolacija nakon napuštanja posla ili poznatog susjedstva neki su od sveprisutnih događaja koji mijenjaju živote i doprinose usamljenosti starijih ljudi. Oni u najstarijoj dobnoj skupini najvjerojatnije će prijaviti najviše stope usamljenosti, što odražava njihovu povećanu vjerojatnost takvih gubitaka (14).

Emocionalna otuđenost je percipirani nedostatak figure privrženosti i nekoga kome bi se mogli obratiti (npr. partner ili najbolji prijatelj), dok se socijalna otuđenost odnosi na nepostojanje šire mreže prijatelja i drugih poznanika koji mogu pružiti osjećaj pripadnosti, druženje i osjećaj pripadnosti zajednici. Sve veći broj literature pokazuje da su ljudi s kroničnim bolestima skloniji osjećaju usamljenosti nego zdravi pojedinci (14). Teorija operacionalizacijedefinira pojam kronične bolesti kao višedimenzionalni konstrukt koji obuhvaća ne samo prisutnost dugotrajne biomedicinske promjene, već i individualno iskustvo života s kroničnom bolešću. Iskustvima se nazivaju psihosocijalni aspekti koje uzrokuje kronična bolest, kao što su društvena izolacija i društvena stigma.

Osjećaj pripadnosti, definiran kao mjera u kojoj se pojedinac osjeća povezanim i dijelom društvene zajednice, može se pogoršati s kroničnom bolešću i starenjem zbog iskustava socijalne odvojenosti, samooptuživanja, otuđenja i društvene stigme. U ovoj situaciji, pojedinac može imati mnogo kontakata i iskusiti interakcije, ali se ne osjeća dijelom zajednice (14).

Naposljetku, nedostatak emocionalne i instrumentalne socijalne podrške može se smatrati precipitirajućim čimbenikom jer se kronično bolesni ljudi i starije odrasle osobe

uvelike oslanjaju na članove obitelji i prijatelje da se nose sa svojim zdravstvenim problemima. Salutogeni model tvrdi da je socijalna podrška osobito važna u jačanju generaliziranih resursa otpornosti i adaptivnog suočavanja sa stresnim situacijama. Društvene interakcije i odnosi izvor su emocionalne i instrumentalne socijalne podrške. U stanjima s fizičkim i psihosocijalnim potrebama uzajamna komunikacija i opipljiva pomoć su neophodni. Nedostatak percipirane podrške (npr. od strane njegovatelja ili drugog člana obitelji) je traumatizirajući za starije osobe zbog posljedičnih nezadovoljenih potreba, što može potaknuti osjećaj usamljenosti i depresije i pogoršati fizičko zdravlje (16).

Važno je naglasiti da precipitirajući čimbenici mogu biti višestruki ili ponavljajući događaji koji pokreću početak socijalne izolacije, osobito kada postoje zajedno s predisponirajućim uvjetima. Na primjer, osoba koja živi u ruralnom području može raditi na očuvanju društvenih veza unatoč oskudnoj društvenoj mreži. Međutim, ako je bolest učinila da se osoba osjeća ranjivom ili krhkom, a živi u području s visokim kriminalom, može odbiti napustiti mjesto stanovanja i družiti se s drugima zbog straha od nasilja. U ovom slučaju, intruzivnost bolesti može ubrzati socijalnu izolaciju.

Socijalna izolacija utječe na zdravstvene ishode starijih osoba kroz složenu, međusobno povezanu mrežu puteva, koji se klasificiraju kao psihološke reakcije, ponašanja povezana sa zdravljem i kliničke reakcije. Prva skupina ishoda socijalne izolacije je psihosocijalna domena. Postoje dokazi o značajnoj povezanosti između socijalne izolacije i simptoma depresije. Longitudinalne studije su pokazale da veća usamljenost na početku predviđa depresiju tijekom sljedećih pet godina. Društvena izolacija također je dobro poznati faktor rizika za lošu kvalitetu života (16).

Briga o sebi ključna je kod starijih osoba za promicanje pozitivnih zdravstvenih ishoda. Međutim, također je utvrđeno da se takva ponašanja rijetko bilježe u ovoj populaciji, a jedan od razloga za to je stupanj društvenih interakcija. Starije osobe koje žive same ili imaju male društvene mreže imaju veću vjerojatnost da će se loše brinuti o sebi, jer je veća vjerojatnost da će se stariji ljudi koji su društveno izolirani loše hraniti i manje se pridržavati redovite tjelesne aktivnosti nego oni koji nisu društveno izolirani. Razlog može ležati u činjenici da nečija društvena mreža povećava vjerojatnost dobivanja podrške za zdravstvenu skrb, kao i pritisak vršnjaka da se uključi u prakse koje promiču zdravlje.

Briga o sebi također je negativno povezana sa subjektivnom društvenom izolacijom (tj. usamljenošću); na primjer, otkriveno je da usamljeni ljudi pokazuju poremećaje prehrane,

vjerojatnije je da puše i nedosljedno uzimaju propisane lijekove u usporedbi s onima koji nisu usamljeni. Usamljenost koči socijalizaciju; međutim, učinak usamljenosti na ponašanje samozbrinjavanja također može biti posljedica ugrožene samoregulacije emocija, što umanjuje vjerojatnost specifičnog načina života kao što je tjelesna aktivnost.

Istraživanja pokazuju da objektivna društvena izolacija (tj. društvena nepovezanost) i usamljenost negativno utječu na kognitivnu funkciju. Jedna teorija koja je predložena za objašnjenje te povezanosti je teorija „iskoristi ili izgubi“, koja postulira da intelektualne, fizičke i društvene aktivnosti stimuliraju mozak; a nedostatak sudjelovanja u društvenim aktivnostima rezultira smanjenom upotrebom mentalnih sposobnosti, čime se objašnjava kognitivni pad. Kardiovaskularne bolesti (npr. hipertenzija, zatajenje srca i moždani udar) također prevladavaju kod usamljenih i izoliranih ljudi. Mogući mehanizmi povezani su s neuroendokrinomdisregulacijom i hiperaktivnošću simpatičkog živčanog sustava, što dovodi do hipertenzije i upalnih odgovora. Konačno, dobro je poznato da socijalno nepovezani i usamljeni ljudi više koriste zdravstvene usluge. Razlog se može pripisati i njihovom lošijem zdravstvenom statusu i nedostatku percipirane socijalne podrške, što povećava potrebu za službenim pružateljima zdravstvene skrbi za pomoć u slučaju zdravstvenih potreba (osobito posjeta hitnoj službi) (16).

1.9. Obrasci socijalne izolacije kod bolesnih starijih osoba

Povećana socijalna nepovezanost i usamljenost događa se kada je nečija socijalna mreža smanjena u smislu broja interakcija i vrsta odnosa, ali osoba ne pati od usamljenosti. Oslanjajući se na teoriju socio-emocionalne selektivnosti pretpostavlja se da prisutnost intruzivne kronične bolesti, paralelno s procesom starenja, pokreće progresivni proces selektivnosti, u kojem pojedinci postaju sve svjesniji ograničenog vremenskog horizonta. Posljedično tome, oni više ulažu u odnose koji su emocionalno nagrađivani i podržavaju (npr. članovi obitelji i rodbina) i minimiziraju kontakte koji se neće isplatiti u budućnosti (npr. socijalni partneri koji nisu u srodstvu). Mobilizacija bliskih pomagača u kontekstu neke kronične bolesti jača osjećaj pripadnosti i poštovanja te povećava svijest da je opipljiva pomoć dostupna u vrijeme potrebe. Ovaj oblik intimne socijalne podrške jača otpornost i sposobnost suočavanja s mogućim stresorima (npr. stigma i starosna diskriminacija), čime se smanjuje vjerojatnost usamljenosti (17).

Povećana društvena nepovezanost i velika usamljenost javljaju se kod pojedinaca s malom društvenom mrežom koji doživljavaju otuđenost. Prisutnost neke bolesti čini osobu svjesnijom svoje veće potrebe za emocionalnom i instrumentalnom podrškom, osobito kada je bolest intruzivna i povećane prijetnje sigurnosti kada su društveni kontakti nedostupni. Ovaj osjećaj prijetnje izaziva osjećaj usamljenosti, što predstavlja negativnu, ali adaptivnu reakciju za ponovno uspostavljanje sigurnog društvenog okruženja. Pretpostavlja se da je malo društvenih kontakata češće kod pojedinaca s lošim društvenim vještinama (tj. onih koji imaju konfliktne i loše emocionalne veze i onih koji se bore za održavanje zdravih odnosa). Osim toga, ovaj se proces također može pokrenuti u slučaju iznenadnog nepovoljnog emocionalnog događaja (npr. gubitak obiteljskog njegovatelja ili supružnika) ili visoko stigmatizirajuće bolesti. U ovoj skupini usamljenost može imati izravan učinak na zdravstvene ishode ili biti posrednik učinka socijalne nepovezanosti na ishode (17).

Neki ljudi mogu biti usamljeni, a da se ne osjećaju društveno izolirani. Ovo je slučaj onih s jakim obiteljskim i prijateljskim vezama koji dožive iznenadni događaj povezan s kroničnom bolešću. Tijek žalosti prolazi bez komplikacija, a osoba bježi od patnje i tuge interakcijom sa svojim uobičajenim društvenim članovima. Drugi je slučaj kada kronično bolesna osoba smatra da je njezino zdravlje loše, što će vjerojatno dovesti do socijalne usamljenosti jer pogrešno percipira da više ne može komunicirati s članovima društva na željeni način. U ovoj skupini, usamljenost izlaže subjekte lošim zdravstvenim ishodima kroz izravni učinak.

1.10. Zdravstvena njega osoba starije dobi

Društvena izolacija i usamljenost možda se isprva ne čine kao značajan problem. Međutim, one mogu biti iscrpljujuće za pacijente i imati veliki utjecaj na njihovu kvalitetu života. Starije odrasle osobe imaju najveći rizik od usamljenosti i izoliranosti zbog gubitka supružnika i prijatelja, samačkog života i kroničnih bolesti. Iako društvena izolacija možda nije akutna briga, istraživanja pokazuju da izolacija povećava rizik od demencije, srčanih bolesti i moždanog udara, kao i depresije i samoubojstva.

Iako je samo nekoliko tretmana predloženo za ublažavanje socijalne izolacije ili usamljenosti, predložene su različite intervencije usmjerene na izolaciju i usamljenost. Izravne intervencije su one koje eksplicitno ciljaju na društvenu izolaciju, usamljenost ili srodne društvene koncepte. Izravne intervencije mogu spadati u jednu od nekoliko kategorija,

a to su mijenjanje kognicije, obuka društvenih vještina i psihoedukacija, socijalizacija u grupama koje stvaraju širi osjećaj društvene integracije. Izvan sustava zdravstvene zaštite, ove vrste intervencija često uključuju pristupe sklapanja prijateljstava u kojima volonteri putem telefonskih poziva dopiru do osoba koje su identificirane kao društveno izolirane ili usamljene. Unutar sustava zdravstvene skrbi, to može uključivati dopiranje do pojedinaca za koje je utvrđeno da su u opasnosti od socijalne izolacije ili usamljenosti kako bi ih se povezalo s potrebnim uslugama. Alternativno, intervencije mogu uključivati okupljanje grupa rizičnih pojedinaca, dijelom kako bi se pružile prilike za društvenu interakciju. Međutim, ovakvi pristupi ne pomažu nužno pojedincima da razviju visokokvalitetne odnose, a osobito se usamljeni ljudi mogu povući, primjerice, zbog nesvjesne predispozicije ili hipervigilnosti prema društvenoj prijetnji (18).

Neizravne intervencije su one koje nemaju izričit cilj ublažiti izolaciju ili usamljenost, ali svejedno mogu imati značajne učinke na percipiranu ili objektivnu izolaciju pojedinca. Na primjer, liječnik može preporučiti slušna pomagala za pomoć osobi s oštećenim sluhom; a kao rezultat toga, pojedincu može biti lakše komunicirati u društvenim okruženjima i uspostavljati veze s drugima, čime se smanjuje društvena izolacija i usamljenost. Slično tome, sudjelovanje u programu vježbanja može dovesti do smanjenja društvene izolacije ili usamljenosti zbog društvene prirode programa, a ne same vježbe (18).

Pacijentima koji su društveno izolirani, medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici često su neki od glavnih kontakata i društvenih interakcija. Medicinske sestre moraju biti usklađene s preprekama s kojima se ovi pacijenti suočavaju i možda će morati lagano pristupati jer pacijenti možda neće biti susretljivi i suradljivi. Medicinske sestre mogu ponuditi prijedloge bez osuđivanja, biti zagovornici podrške ili jednostavno biti prijatelji koji će saslušati pacijente koji se osjećaju usamljeno.

Prvi korak zdravstvene njege je sestrinska procjena, tijekom koje će medicinska sestra prikupiti fizičke, psihosocijalne, emocionalne i dijagnostičke podatke. Medicinska sestra može procijeniti ima li pacijent hobije ili interese te ima li prijatelje s kojima može komunicirati. Medicinska sestra također može predložiti javne grupe ili programe u kojima pacijent može sudjelovati. Pacijenti koji se bore s niskim samopoštovanjem mogu se osjećati nelagodno u novim situacijama. Medicinska sestra može istražiti tehnike za poboljšanje samopoštovanja ili preporučiti savjetovanje (18).

Medicinska sestra može primijetiti nedosljednu komunikaciju, nedostatak razumijevanja humora ili sarkazma ili nesklonost dodirivanju kao prepreke odgovarajućoj socijalizaciji. Neke populacije pacijenata mogu imati koristi od podučavanja komunikacijskih strategija. Pacijenti često odaju informacije o otuđenom supružniku ili djeci, koji žive daleko od obitelji ili o poteškoćama u osobnim odnosima. Potrebno je pažljivo slušati ove izjave, jer one mogu biti način na koji pacijent želi razgovarati o osjećajima usamljenosti ili napuštenosti (17).

Sestrinske intervencije i njega neophodni su za oporavak bolesnika. Pacijenti koji se osjećaju izolirano zbog odbacivanja ili osjećaja nepripadanja možda se neće lako otvoriti u razgovoru. Mogu odgovoriti neprijateljstvom ili kratkim odgovorima kao obrambenim mehanizmom. Uspostavljanje terapijskog odnosa promiče povjerenje i siguran prostor za pacijenta da razgovara o osjetljivim stvarima. Nekim pacijentima koji se bore s komunikacijom mogli bi koristiti bihevioralni terapeuti koji im pomažu u podučavanju društvenih i komunikacijskih vještina. Oni koji mucaju mogu raditi s logopedom. Tjelesna i motorička oštećenja mogu imati koristi od fizikalne terapije i radne terapije (18).

Pacijenti se mogu osjećati izolirano zbog kroničnog zdravstvenog stanja kao što je kolostomija, bol ili autoimuna bolest. Razgovor s drugima koji se suočavaju s istim izazovima može učiniti da se pacijent osjeća manje usamljeno. Socijalizacija nije isključivo interakcija licem u lice. Svi pacijenti mogu imati koristi od internetskih foruma i komunikacijskih aplikacija te telefonskih poziva za poticanje društvenih odnosa. Pacijenti koji su doživjeli duboke gubitke, kao npr. starija osoba koja je izgubila supružnika ili doživljava druge situacije u kojima je tuga očita, možda će trebati savjetovanje kako bi prebrodili svoj gubitak i spriječili daljnju izolaciju. Socijalna anksioznost i traumatična iskustva mogu zahtijevati dublje istraživanje od strane obučenog stručnjaka za mentalno zdravlje (19).

Medicinska sestra može istražiti centre u mjestu u kojem pacijent živi, a koji nude aktivnosti za starije odrasle osobe. To su najčešće lokalna teretana koja nudi satove vježbanja ili knjižnica. Sjajan način da se obuzda usamljenost je i pomaganje drugima. Neki primjeri uključuju volontiranje u skloništu za životinje, pomoć u danu čišćenja u lokalnom parku ili na plaži ili pomoć u organizaciji lokalnog događaja.

Pacijent često nije svjestan negativnosti ili neprikladnog ponašanja koje pokazuje. Medicinska sestra može ponuditi prijedloge da pacijent ne koristi ružne riječi ili da govori o veselijim temama, a manje o kontroverznim temama. Čak i pacijenti koji više vole biti sami

izloženi su riziku izolacije. Jednostavna šetnja susjedstvom ili obližnjim parkom ili uživanje u ručku u kafiću omogućuje im da budu u blizini drugih bez pritiska za interakcijom. Ovo može biti savršena količina socijalizacije za introverta, ali također nudi priliku za upoznavanje drugih osoba (19).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog rada bio je istražiti doživljaj usamljenosti osoba starije životne dobi.

Specifični ciljevi bili su:

C1: Istražiti doživljaj usamljenosti kod starijih osoba s obzirom na dob i spol

C2: Istražiti doživljaj usamljenosti kod starijih osoba koji s obzirom na to imaju li obitelj ili nemaju

C3: Istražiti doživljaj usamljenosti kod starijih osoba s obzirom na korištenje interneta i društvenih mreža

C4: Istražiti doživljaj usamljenosti kod starijih osoba s obzirom na mjesto boravka (dom ili vlastita domaćinstva)

HIPOTEZE:

H1: Starije osobe ženskog spola procjenjuju višu razinu usamljenosti nego starije osobe muškog spola

H2: Starije osobe koje imaju obitelj imaju nižu razinu usamljenosti nego starije osobe koje nemaju obitelj

H3: Starije osobe koje koriste Internet i društvene mreže imaju nižu procjenu usamljenosti

H4: Starije osobe koje borave u Domu imaju višu razinu usamljenosti nego starije osobe koje žive u vlastitim domaćinstvima.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo osobe starije životne dobi koji žive u svojim domaćinstvima, a članovi su Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet i starije osobe koje žive u ustanovi socijalne skrbi – Domu za starije osobe Buzet.

Planirani broj ispitanika bio je 120, 60 koji žive u svojim domaćinstvima i 60 koji žive u Domu za starije osobe Buzet. Kriterij za isključivanje bio je da starija osoba pati od bilo koje vrste demencija.

Ispitanici su bili detaljno upoznati i upućeni s ispunjavanjem upitnika. Ispitanicima koji su imali poteškoća u samostalnom ispunjavanju upitnika, pružena je pomoć u čitanju ili razumijevanju istog s time da istraživač nije na bilo koji način sugerirao na odgovore i utjecao na istraživanje. Podaci su se prikupljali metodom papir-olovka.

3.2. Postupak i instrumentarij

Metoda uzorkovanja bio je ciljani uzorak.

U istraživanju se koristio upitnik pod nazivom „Kratka forma UCLA skale usamljenosti“ (engl. *Short-form UCLA Loneliness Scale*) (8). UCLA skala je dostupna za akademsko korištenje i sadrži 8 čestica i mjeri subjektivni doživljaj usamljenosti. Sudionici su na čestice odgovarali na Likertovoj skali od 1 do 5 gdje 1 znači „uopće se ne odnosi na mene“, a 5 „u potpunosti se odnosi na mene“. Ukupni rezultat UCLA skale izračunava se kao zbroj procjena na pojedinim česticama podijeljen brojem čestica (8). Rezultat viši od 3 smatraju se višim doživljajem usamljenosti, a rezultat ispod 3 smatra se nižim doživljajem usamljenosti.

Podaci su prikazani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, obrađeni metodom deskriptivne statistike. Upitnik se rješavao u Domu za starije osobe Buzet,

(samostalno ili uz pomoć medicinskog osoblja) i u Matici umirovljenika Hrvatske udruge Buzet.

UCLA skala se nadopunila za potrebe ovog istraživanja demografskim upitnikom. Demografski dio upitnika sadržavao je pitanja o dobi, spolu, mjestu življenja (dom ili vlastito domaćinstvo), obiteljskom statusu, te pitanjem o internetu i društvenim mrežama.

3.3. Statistička obrada podataka

Varijable dob i doživljaj usamljenosti izračunate su i prikazane pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije. Varijable spol, mjesto življenja, obiteljski status i korištenje društvenih mreža obrađene su deskriptivno i prikazane u grafikonima s postotcima (frekvencijom). Svaka čestica stava prikazana je zasebno putem standardne devijacije, srednje vrijednosti i aritmetičke sredine. Obrada podataka obrađena je pomoću programa Statistica (Version 13.5.0.17, 1984-2018 TIBCO Software Inc). Razina statističke značajnosti bila je $p < 0,05$.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Za provođenje ovog istraživanja zatražena je suglasnost Doma Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet i Doma za starije osobe Buzet. Ispitanicima je u uvodnom dijelu upitnika objašnjeno kome je namijenjen i svrha istog, te da će se provoditi anonimno. U svakom trenutku se moglo odustati od istog bez dodatnih objašnjenja.

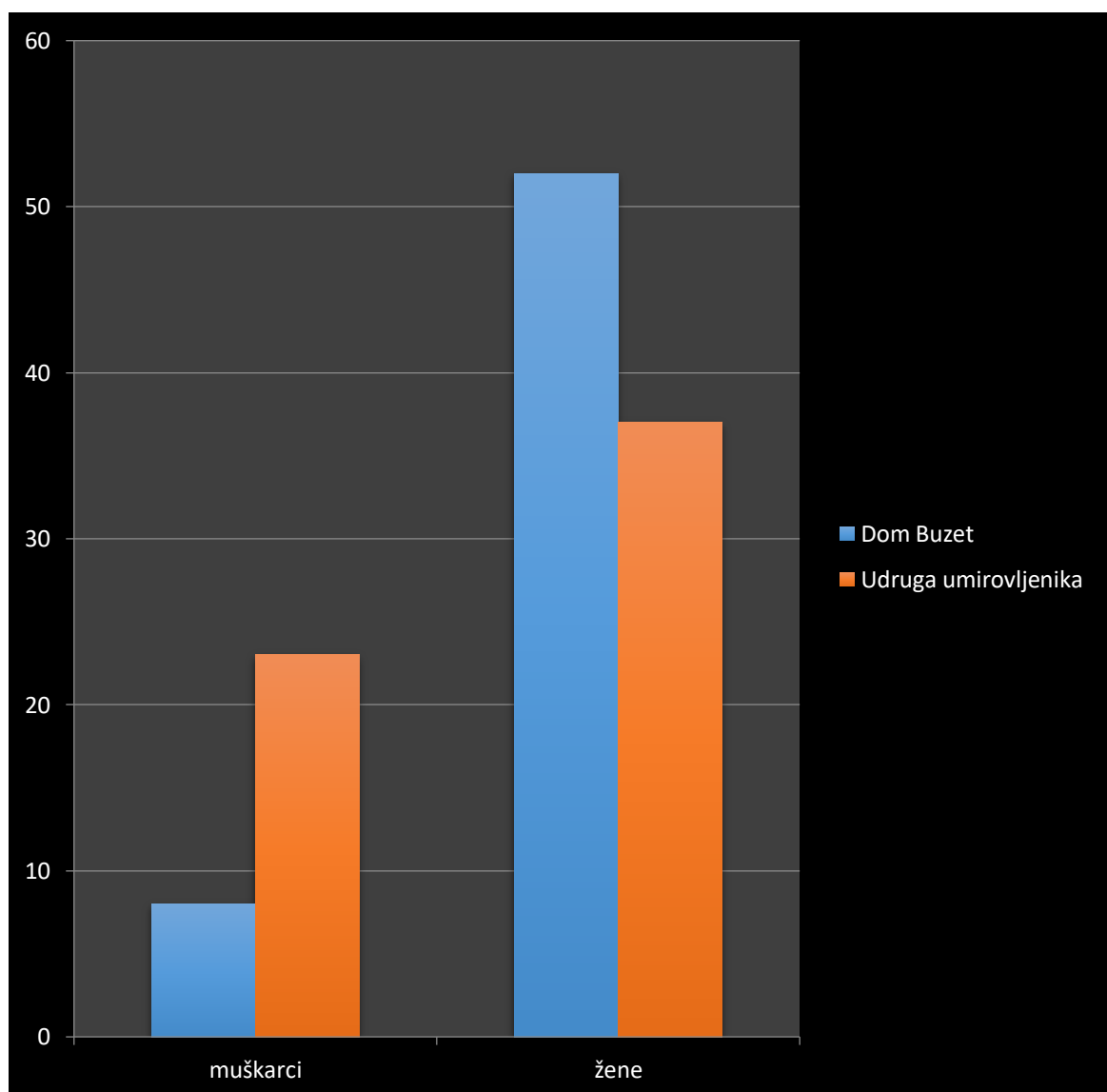
Prije samog popunjavanja upitnika ispitanici su bili u potpunosti upoznati o načinu korištenja njihovih osobnih informacija u svrhu provođenja istraživačkog rada, te načinu ispunjavanja upitnika. Potpisali su informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

U istraživanju su bili poštovani svi temeljni bioetički principi.

4.REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1. Demografske karakteristike ispitanika

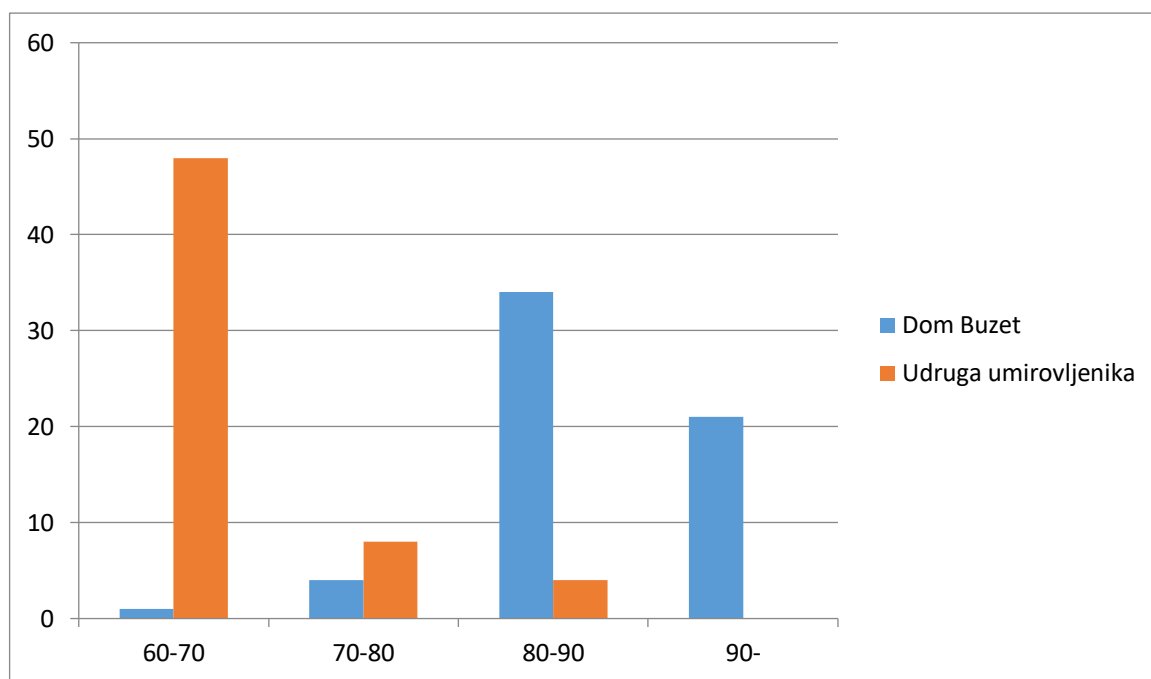
Na slici 1. prikazan je ukupan broj ispitanika iz Doma za starije osobe Buzet i Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet prema spolu.



Slika 1. Raspodjela prema spolu

Sa slike 1. vidljivo je kako u domu Buzet prevladavaju žene, ukupno njih 52, odnosno 86%, a muškaraca je ukupno 8, odnosno njih 14%. U udruzi umirovljenika također ima više žena, ukupno njih 37, odnosno 62%, a muškaraca 23, odnosno njih 38%.

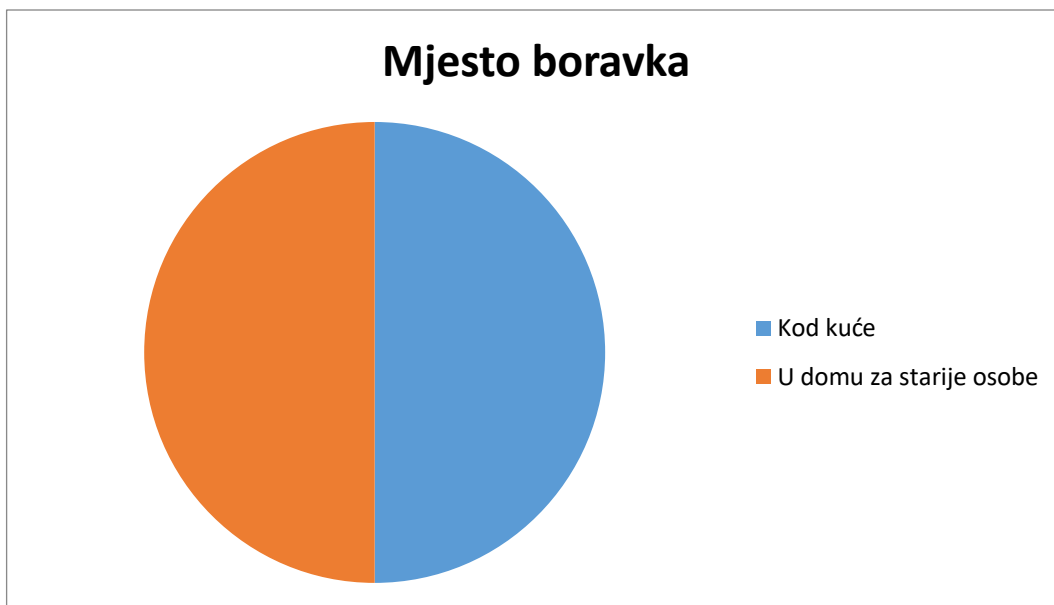
Na slici 2. prikazana je podjela ispitanika prema dobi.



Slika 2. Raspodjela ispitanika prema dobi

Sa slike 2. vidljivo je kako je u domu Buzet najviše ispitanika u dobi od 80-90 godina, ukupno njih 36, a najmanje ih je u dobi od 60-70, odnosno samo jedna osoba. U udruzi umirovljenika ih je najviše u dobi od 60-70 godina, odnosno njih 48, a u dobi iznad 90 godina nije bilo nijednog ispitanika.

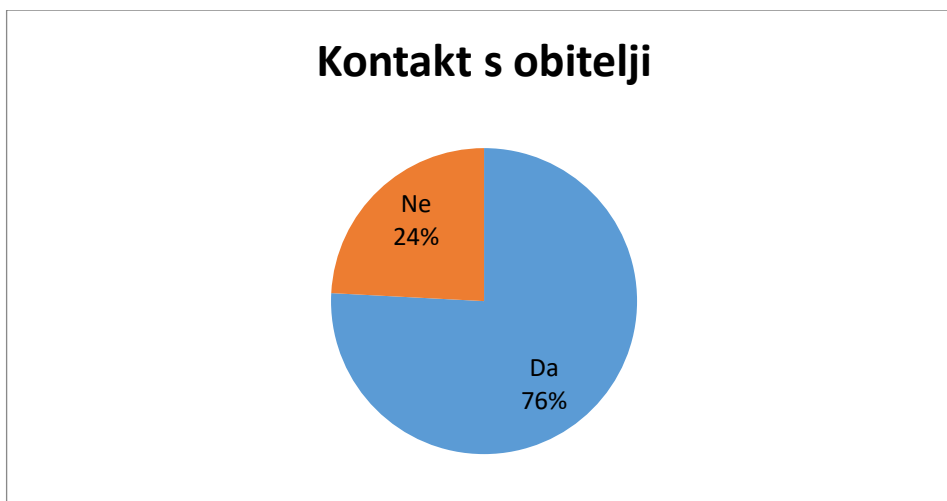
Na slici 3. prikazana je podjela ispitanika ovisno o mjestu boravka.



Slika 3. Raspodjela ispitanika prema mjestu boravka

Sa slike 3. vidljivo je kako polovica ispitanika živi u svom obiteljskom domu, a druga polovica u domu za starije osobe.

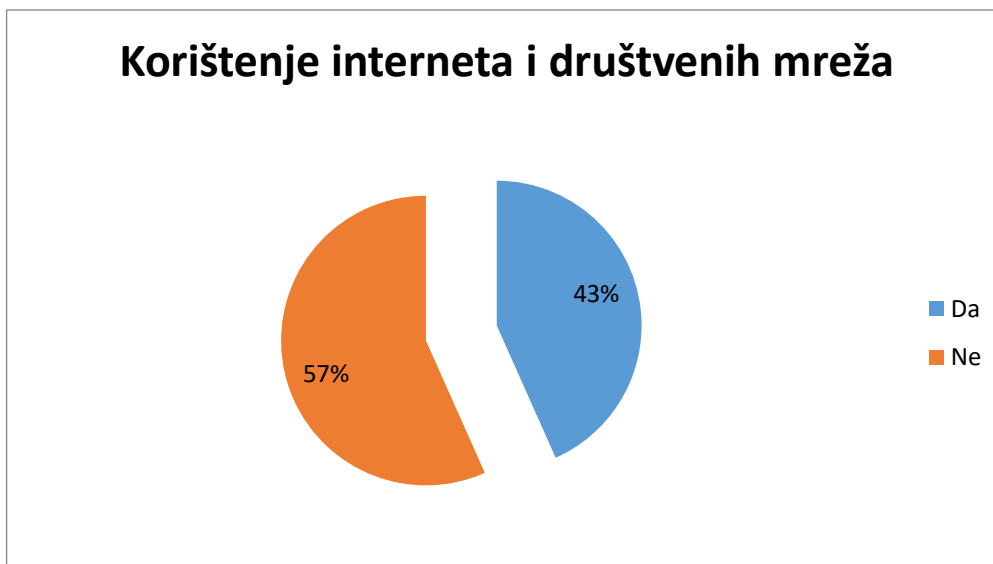
Na slici 4. prikazana je podjela ispitanika ovisno o tome jesu li ili nisu u kontaktu s obitelji.



Slika 4. Raspodjela ispitanika prema kontaktu sa obitelji

Sa slike 4. vidljivo je kako je većina ispitanika u kontaktu sa svojom obitelji, ukupno njih 91, odnosno 76%. Njih 29, odnosno 24%, nije u kontaktu sa svojom obitelji.

Na slici 5. prikazani su rezultati ispitanika ovisno o tome služe li se ili ne internetom i društvenim mrežama.



Slika 5. Raspodjela ispitanika prema korištenju društvenih mreža

Sa slike 5. vidljivo je kako se 43% ispitanika, odnosno njih 52 služe internetom i društvenim mrežama. Njih 68, odnosno 52% ne služi se internetom.

4.2.Deskriptivna analiza rezultata

U Tablici 1. prikazani su odgovori na UCLA upitnik za ispitanike u Domu za starije osobe Buzet. Obzirom da su ispitanici za svaku tvrdnju označavali rezultat na Likertovoj skali od 1 do 5, rezultati su podijeljeni u kategorije „rezultat viši od 3“, koji se odnosi na viši doživljaj usamljenosti i „rezultat niži od 3“, koji se odnosi na niži doživljaj usamljenosti.

Tablica 1. UCLA upitnik u Domu za starije Buzet

	Više od 3	Niže od 3
Nedostaje mi društvo.	22	38
Već dugo nisam ni sa kim blizak/a.	32	28
S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	28	32
Nitko me dobro ne poznaje.	25	35
Moji socijalni odnosi su površni.	32	28
Nesretan/a sam što sam tako povučen/a.	33	27

Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	41	19
---	----	----

Prema Tablici 1. može se utvrditi kako se u Domu za starije osobe Buzet, rezultati u kategoriji višeg/nišeg doživljaja osjećaja usamljenosti ne razlikuju u tolikoj mjeri da bi se mogla utvrditi statistički značajna razlika. Jedino kod tvrdnje „Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.“, primijećena je statistički značajna razlika. Navedeni rezultati su deskriptivno analizirani u tablici 2.

Tablica 2. Deskriptivna analiza rezultata UCLA upitnika u domu za starije Buzet

	N	Medijan	Aritmetička sredina	Std. Devijacija
Nedostaje mi društvo.	60	2,00	2,00	0,86
Već dugo nisam ni sa kim blizak/a.	60	2,00	2,15	0,76
S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	60	1,00	1,70	0,86
Nitko me dobro ne poznaje.	60	2,00	2,02	0,90
Moji socijalni odnosi su površni.	60	1,00	1,74	0,85
Nesretan/a sam što sam tako povučen/a.	60	1,00	1,70	0,81

Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	60	1,00	1,59	0,81
Ukupno	60			

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježila je tvrdnja „Već dugo nisam ni sa kim blizak/a.“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,15, a standardna devijacija 0,76. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježile su tvrdnje „Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,59, a standardna devijacija 0,81; „Nesretan/a sam što sam tako povučen/a.“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,70, a standardna devijacija 0,86; i „S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.“, gdje aritmetička sredina iznosi 1,70, a standardna devijacija 0,86.

U Tablici 3. prikazani su odgovori na UCLA upitnik za ispitanike u udruzi umirovljenika Buzet.

Tablica 3. UCLA upitnik u udruzi umirovljenika Buzet

	Više od 3	Niže od 3
Nedostaje mi društvo.	54	6
Već dugo nisam ni sa kim blizak/a.	23	37
S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	22	38
Nitko me dobro ne poznaje.	50	10
Moji socijalni odnosi su površni.	49	11
Nesretan/a sam što sam tako povučen/a.	32	28

Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	33	27
---	----	----

Iz Tablice 3. primjećuje se kako je kod tvrdnji „Nedostaje mi društvo“, „Nitko me dobro ne poznaje“ i „Moji socijalni odnosi su površni“ primijećena je statistički značajna razlika u mišljenjima. Kod tvrdnje „Nedostaje mi društvo“, ukupno 90% ispitanika ima viši doživljaj osjećaja usamljenosti. Kod tvrdnje „Nitko me dobro ne poznaje“, njih 83% ima viši doživljaj osjećaja usamljenosti. Slični rezultat je i kod tvrdnje „Moji socijalni odnosi su površni“, gdje ukupno 81% ispitanika ima viši doživljaj usamljenosti. Usporede li se rezultati udruge umirovljenika sa rezultatima doma za starije osobe, primjećuje se kako je viša stopa zabilježena kod ispitanika u udruzi. Mogući razlozi za to su što ispitanici koji su članovi Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet žive u svom obiteljskom domu i većinu vremena ne provode sa svojim vršnjacima, kao što zbog načina života ispitanici u Domu za starije osobe ipak borave. Dobiveni rezultati analizirani su deskriptivno u tablici 4.

Tablica 4. Deskriptivna analiza rezultata UCLA upitnika Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet

	N	Medijan	Aritmetička sredina	Std. Devijacija
Nedostaje mi društvo.	60	2,00	1,07	0,26
Već dugo nisam ni sa kim blizak/a.	60	2,00	1,70	0,86
S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	60	1,00	1,74	0,85

Nitko me dobro ne poznaje.	60	2,00	1,26	0,44
Moji socijalni odnosi su površni.	60	1,00	1,19	0,39
Nesretan/a sam što sam tako povučen/a.	60	1,00	1,69	0,83
Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	60	1,00	1,85	0,85
Ukupno	60			

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježila je tvrdnja „Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,85, a standardna devijacija 0,85. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježile su tvrdnje „Nedostaje mi društvo“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,07, a standardna devijacija 0,26; „Moji socijalni odnosi su površni“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,19, a standardna devijacija 0,39; i „Nitko me dobro ne poznaje“, gdje aritmetička sredina iznosi 1,26, a standardna devijacija 0,44.

Tablica 5. Rezultati t-testa prema spolu

Usamljenost	Spol		\bar{x}	sd	p
	Ž	89	2,5880	0,61415	0,044
	M	31	2,3636	0,66629	

Uočena je značajna razlika kod faktora „usamljenost“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu je vrijednost faktora viša kod ispitanika ženskog spola (t-test, $p = 0,044$).

Tablica 6. Usporedba obzirom na dob ispitanika

DOB	N	\bar{x}	Sd	p
60-70	27 15	2,4618	0,67399	0,514
70-80	11 7	2,5996	0,64642	
80-90	31 6	2,5895	0,56707	
90-	20 3	2,5205	0,64781	
Ukupno	89 31	2,5686	0,62115	

Tablica 7. Razlike s obzirom na korištenje društvenih mreža

	N	\bar{x}	Sd	p^*
Korištenje interneta	52	2,5450	0,64183	0,708
Nekorištenje interneta	68	2,5720	0,58750	
Ukupno	120	2,5686	0,62115	

Nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na korištenje interneta i društvenih mreža.

5. RASPRAVA

Društvena izolacija i usamljenost dva su velika javnozdravstvena problema čije je upravljanje postalo primarni pokretač zdravstvenih i socijalnih politika te zdravstvene skrbi diljem svijeta. Kako pojedinci stare, često doživljavaju gubitak važnih osoba, članova obitelji i prijatelja. Ovi gubici stvaraju povećani rizik od socijalne izolacije i depresije. Slaba mobilnost i problemi s prijevozom također mogu pridonijeti socijalnoj izolaciji. Kako stariji muškarci doživljavaju višestruke gubitke, njihov rizik od samoubojstva raste (20).

Prema rezultatima ovog istraživanja, incidencija usamljenosti raste ovisno o tome gdje stariji ljudi borave. Usporede li se rezultati udruge umirovljenika sa rezultatima doma za starije osobe, primjećuje se kako je viša stopa zabilježena kod ispitanika u udruzi. Mogući razlozi za to su što ispitanici koji su članovi Matice umirovljenika Hrvatske udruge Buzet žive u svom obiteljskom domu i većinu vremena ne provode sa svojim vršnjacima, kao što zbog načina života ispitanici u domu za starije osobe ipak borave.

Osim toga, veća pojavnost usamljenosti zabilježena je kod ženskih ispitanika. Žene i muškarci razlikuju se po potrebi da nekome pripadaju, po percepciji usamljenosti i po načinu povezivanja s drugima. Dok nekoliko studija, kao i ova, pokazuju da je usamljenost veća kod starijih žena u usporedbi s muškarcima, druge studije su otkrile da su stariji muškarci donekle usamljeniji od žena (19). Pojava bolesti često mijenja način na koji osoba doživljava svoju društvenu mrežu i povećava potrebu za kontaktom i podrškom. Stoga se može pretpostaviti da usamljene žene i usamljeni muškarci različito reagiraju na pojavu iznenadne bolesti, te da se razlikuju i u načinu obraćanja zdravstvenim radnicima. Pokazalo se, na primjer, da žene češće prijavljuju simptome u medicinskom kontekstu, imaju češće složene zdravstvene potrebe i više koriste zdravstvene usluge i lijekove (20).

Iz evolucijske perspektive, bol koju stvara usamljenost mogla bi alarmirati osobe da nešto ili netko nedostaje i time ih motivirati da organiziraju kontakt s drugim osobama. Može se pretpostaviti da žene i muškarci različito reagiraju na iznenadnu potrebu za kontaktom. To se može objasniti socio-psihološkim čimbenicima. Ko i suradnici istaknuli su da su starije žene imale više potreba u pogledu skrbi, kontakta i hitnih usluga u usporedbi s muškarcima (21).

Što se tiče različitih domena izvanbolničke zdravstvene njege, otkriveno je da su usamljene žene češće u domovima za starije osobe. Kod muškaraca, međutim, usamljeni sudionici pokazuju veći broj kontakata samo s psihijatrom. U oba spola povezanost usamljenosti i korištenja ustanova koje skrbe za starije osobe i ustanova za mentalno zdravlje naglašava jaku vezu između usamljenosti i mentalnih bolesti s jedne strane, ali također naglašava potrebu da se pravilno razlikuju kako bi se pronašla odgovarajuća skrb (21).

Nadalje, ovo istraživanje utvrdilo je kako korištenje interneta i društvenih mreža ne utječe značajno na smanjenje osjećaja usamljenosti. Unatoč tome, društvene mreže mogu značajno pomoći kod smanjenja osjećaja usamljenosti. Integracija starije odrasle populacije u digitalni svijet omogućuje im da zadrže svoje društvene uloge, te ostvaruju autonomiju i aktivno sudjelovanje u složenom društvu, što promiče održavanje aktivnijeg života. S pozitivnim naglaskom na prijateljske odnose i društvenu integraciju, ovo rezultira zdravim okruženjem za učenje, uz promicanje dobrobiti i zdravlja u starijoj odrasloj populaciji (22). Na ovaj način ističe se važnost istraživanja aktualnog društvenog scenarija transformiranog digitalno-tehnološkim promjenama i uključivanjem starijih osoba u isti.

Gubitak osjećaja povezanosti i zajednice mijenja čovjekovu percepciju svijeta. Netko tko doživljava kroničnu usamljenost osjeća se ugroženo i nepovjerljivo prema drugima, što aktivira biološki obrambeni mehanizam. Na primjer, usamljenost može promijeniti tendenciju stanica u imunološkom sustavu da potiču upalu, što je neophodno da bi se tijelo oporavilo od ozljeda. Kao rezultat toga, starije odrasle osobe s kognitivnim oštećenjem koje žive same provode velik dio svog vremena brinući se za svoje kućanstvo i svoje zdravlje. Često nerado pokažu da im je potrebna pomoć jer se boje da će biti prisiljeni iseliti se iz svojih domova. Zdravstveni djelatnici im pružiti korisne informacije o resursima zajednice i programima za promicanje društvene interakcije (22).

Također je važno modificirati metode edukacije pacijenata ovisno o znanju, vještinama i sposobnostima pojedinca. Na primjer, neke starije odrasle osobe spremno se uključuju u korištenje elektroničke tehnologije, ali druge imaju nisku digitalnu pismenost ili imaju poteškoća pri pristupu elektroničkim zdravstvenim resursima. Zdravstveni djelatnici koji skrbe o starijim osobama trebaju prilagoditi edukaciju potrebama pojedinca i osigurati verbalne, pisane ili elektroničke resurse prema potrebi, uzimajući u obzir sva osjetilna, kognitivna ili funkcionalna oštećenja. Krajnji cilj promicanja zdravlja i edukacije pacijenata je poboljšati njihovo razumijevanje, motivaciju i angažman u samozbrinjavanju te unaprijediti kvalitetu njihova života.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem rezultata istraživanja može se zaključiti sljedeće:

Prihvaća se H1: *Starije osobe ženskog spola procjenjuju višu razinu usamljenosti nego starije osobe muškog spola.*

Odbija se H2: *Starije osobe koje imaju obitelj imaju nižu razinu usamljenosti nego starije osobe koje nemaju obitelj.*

Odbija se H3: *Starije osobe koje koriste Internet i društvene mreže imaju nižu procjenu usamljenosti.*

Odbija se H4: *Starije osobe koje borave u Domu imaju višu razinu usamljenosti nego starije osobe koje žive u vlastitim domaćinstvima.*

7. POPIS LITERATURE

1. Fulmer, T. Fulmer SPICES: An overall assessment tool for older adults. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing, 2019
2. Scambler G. Sociology, health and the fractured society: a critical realist account. Oxon: Routledge, 2018.
3. Crinson I, Yuill C. What can alienation theory contribute to an understanding of social inequalities in health? *Int J Health Serv* 2008;38:455–70
4. Yuill C. Marx: capitalism, alienation and health. *Soc Theory Health* 2005;3:126–43.

5. Bartley M. Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods. 2nd ed. Cambridge: Polity, 2016, pp.90–102.
6. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing. <https://hign.org/consultgeri-resources/try-this-series>
7. Boss G. R., Seegmiller J. E. Age-related physiological changes and their clinical significance. *The Western Journal of Medicine*. 1981;135(6):434–440.
8. Boss G. R., Seegmiller J. E. Age-related physiological changes and their clinical significance. *The Western Journal of Medicine*. 1981;135(6):434–440.
9. Healthy People 2030. (n.d.). Older adults. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/older-adults>
10. Fulton L, Jupp B. Investing to tackle loneliness—a discussion paper 2015. Available from: <https://gulbenkian.pt/uk-branch/publication/investing-to-tackle-loneliness-a-discussion-paper/>.
11. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatouk I, Niehoff D, et al. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(9):957–64.
12. Marty PK, Novotny P, Benzo RP. Loneliness and ED visits in chronic obstructive pulmonary disease. *J Mayo Clin Proceed: Innovations Quality*. 2019;3(3):350–7.
13. Wang J, Lloyd-Evans B, Marston L, Ma R, Mann F, Solmi F, et al. Epidemiology of loneliness in a cohort of UK mental health community crisis service users. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(7):811–22.
14. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg*. 2014;85(2):135–42.
15. Boehlen F, Herzog W, Schellberg D, Maatouk I, Saum K, Brenner H et al. Gender differences in Self-Perceived Personal Resources of older adults with generalized anxiety symptoms. *J Aging Science*. 2017;5.

16. Domenech-Abella J, Mundo J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from the Irish longitudinal study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord.* 2019;246:82–8.
17. Palgi Y, Shrira A, Ring L, Bodner E, Avidor S, Bergman Y, et al. The loneliness pandemic: loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord.* 2020;275:109–11.
18. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health.* 2020;5(1):e62-e70.
19. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1–7.
20. Victor CR. Loneliness and later life: Concepts, prevalence, and consequences. 2015. In A. Sha'ked & A. Rokach, editors, *Addressing loneliness: Coping, prevention and clinical interventions* Routledge/Taylor & Francis Group. p. 185–204.
21. Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych.* 2001;23(4):245–66.
22. Tesch-Römer C, Wiest M, Wurm S, Huxhold O. Loneliness trends in the second half of life: results from the German ageing survey (DEAS). *Z Gerontol Geriatr.* 2013;46(3):237–41.

PRILOZI

Prilog 1. Upitnik

UPITNIK

UCLA skala usamljenosti

Poštovani, pred Vama se nalazi upitnik „UCLA skala usamljenosti“

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno.

Zamolila bi Vas ako pripadate dobroj skupini 65+ godina da ga ispunite, te ako ne možete sami da Vam pomognu djeca, prijatelji ili medicinsko osoblje.

Rezultati upitnika isključivo će se koristiti u svrhu izrade završnog rada na

Prijediplomskom stručnom studiju sestrinstva u Rijeci pod mentorstvom Marije Spevan, mag.med.techn.

Hvala Vam na izdvojenom vremenu u rješavanju upitnika.

Renata Hajdinjak, studentica 3. godine izvanrednog stručnog studija sestrinstva

Molim Vas da za navedena pitanja izaberete jedan odgovor, te ih zaokružite.

1. SPOL

- Muško
- Žensko

2. GODINE ŽIVOTA(upišite na crtu)

3. GDJE ŽIVITE?

- Kod kuće
- Dom za starije osobe

4. IMATE LI OBITELJ S KOJOM ŽIVITE ILI STE U KONTAKTU (supružnika/cu, djecu, unuke..) ?

- Da
- Ne

5. SLUŽITE LI SE INTERNETOM I DRUŠTVENIM MREŽAMA ?

- Da
- Ne

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe.

Molimo Vas da uz svaku tvrdnju na skali označite jedan broj.

Brojevi imaju sljedeće značenje:

- 1 – uopće se ne odnosi na mene
- 2 – uglavnom se ne odnosi na mene

3 – niti se ne odnosi niti se odnosi na mene

4 – uglavnom se odnosi na mene

5 – u potpunosti se odnosi na mene

1. Nedostaje mi društvo

1 2 3 4 5

2. Već dugo nisam ni sa kim blizak/a

1 2 3 4 5

3. S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.

1 2 3 4 5

4. Nitko me dobro ne poznaje

1 2 3 4 5

5. Moji socijalni odnosi su površni

1 2 3 4 5

6. Nesretan/a sam što sam tako povučen/a

1 2 3 4 5

7. Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom

1 2 3 4 5

Prilog 2. Suglasnosti



BUZETSKI UMIROVLJENICI

MATICA UMIROVLJENIKA
HRVATSKE UDRUGA BUZET
II. istarske brigade 11
52420 BUZET

Broj: 13 /2024.

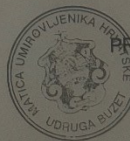
Buzet, 27.02.2024.

Temeljem zahtjeva medicinske sestre Renate Hajdinak, iz Buzeta, Sjeverna ulica 2/2,
Matica umirovljenika Hrvatske Udruga Buzet, izdaje

SUGLASNOST

Da imenovana Renata Hajdinak, u sklopu završnog/diplomskog rada, publikacija "Doživljaj usamljenosti osoba starije životne dobi" provede anonimno istraživanje u cilju istraživanja doživljaja usamljenosti osoba starije životne dobi u našoj Udruzi.

Sukladno tome, suglasni smo da provede anonimno anketno ispitivanje na uzorku od 60 ispitanika - naših članova, putem ankernog upitnika u kojem će biti poseban naglasak na etičke aspeke istraživanja kao i na obavještanje ispitanika o ciljevima istraživanja, dobrovoljnog pristanka na uključivanje, osiguravanje povjerljivosti podataka kao i zaštiti identiteta sudionika s naglaskom kiranja dobivenih podataka u svrhu izrade ovog o rada.



PREDSJEDNICA UDRUGE

Nadija Jermaniš

OIB: 50978864201; telefon: 052 662 587; e-mail: muh.udruga.buzet@gmail.com



DOM ZA STARIJE
OSOBE BUZET

URBROJ:2163-3-3-24-27/

Etičko povjerenstvo

Buzet, 23.02.2024

Renata Hajdinjak

Studij sestrinstva - izvanredni studij

Fakultet zdravstvenih studija Rijeka

Predmet: **suglasnost** Etičkog povjerenstva Doma za starije osobe Buzet,

- dostavlja se-

Etičko povjerenstvo Doma za starije osobe Buzet **daje suglasnost** za provedbu istraživanja „Doživljaj usamljenosti osoba starije životne dobi“ za potrebe izrade završnog/diplomskog rada temeljem zamolbe od strane Renate Hajdinjak, izvanredne studentice Studija sestrinstva, Fakulteta zdravstvenih studija Rijeka predanog 20.veljače 2024. godine. Etičko povjerenstvo ujedno ukazuje na potrebu poštivanja Etičkog kodeksa Doma prilikom provedbe istraživanja s posebnim naglaskom na članke 8,11,12,i 15.

Za Etičkog povjerenstvo
Suzana Klarić, mag.act.soc.

(predsjednica)