Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi

Kosir, Ines

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:270908

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 015/SSD/2020

SOCIJALNA I EMOCIONALNA USAMLJENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Ines Kosir

Varaždin, rujan 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 015/SSD/2020

SOCIJALNA I EMOCIONALNA USAMLJENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Student:
Ines Kosir, 0983/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: diplomski sveu ilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK: Ines Kosir | MATIČNI BROJ: 0983/336D

DATUM: 19.06.2020. | KOLEGIJ: Vještine vođenja i organizacije rada u sestrinstvu

NASLOV RADA: Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Social and emotional loneliness among older people

MENTOR: dr.sc. Marijana Neuberg | ZVANJE: docent

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik
2. doc. dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, član
4. doc.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ: 015/SSD/2020

OPIS:

Usamljenost je karakterizirana kao neugodna i bolna čežnja za drugom osobom ili drugim osobama, osoba se osjeća odbačenom, otuđenom ili neshvaćenom od drugih te joj nedostaje društvo za socijalne aktivnosti i emocionalnu intimnost. Usamljenost je poznat uzrok velikog broja kroničnih zdravstvenih problema u različitim populacijama te uzrokuje pad funkcionalnosti i porast smrtnosti u osoba starije životne dobi. Razlikujemo tako socijalnu i emocionalnu usamljenost. Socijalna usamljenost se odnosi na neuključenost u socijalnu mrežu, dok emocionalna usamljenost uvelike proizlazi iz nezadovoljstva obiteljskim i ljubavnim odnosno onim romantičnim odnosima. Svrha istraživanja jest istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine ispitanika starije životne dobi, onih koji žive u vlastitim domaćinstvima i onih smještenih u domovima za starije i nemoćne osobe te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa sociodemografskim varijablama ispitanika. U radu će biti prikazane teorije starenja i definirajuća obilježja osoba starije životne dobi. Prikazati će se tipovi usamljenosti, prediktori usamljenosti kod osoba starije životne dobi te mogući ishodi usamljenosti. Također, prikazat će se oblici skrbi za osobe starije životne dobi, te važnost rada medicinskih sestara u skrbi za starije osobe. Ukratko će biti predstavljen istraživački problem, ciljevi, istraživačka pitanja i hipoteze, opisati metodologija i sam uzorak. Nakon prikaza samih rezultata istraživanja bit će iznesena rasprava sa osvrtom na doživljaj usamljenosti obje skupine ispitanika.

ZADATAK UBUČEN: 02.07. 2020. | POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

Zahvala

„Čovjek ne bi u potpunosti uživao u ljepoti i bogatstvu svoga znanja kad u njegovu stjecanju ne bi trebalo prevladati neke poteškoće. Osvajanje vrhunaca ne bi bilo ni upola lijepo kad na tom putu ne bi trebalo prijeći mračne doline“.

H. Keller

Dragoj mentorici doc.dr.sc. Marijani Neuberg zahvaljujem na brojnim savjetima i podršci prilikom izrade Diplomskog rada.

Zahvaljujem cijenjenim profesorima diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu na prenesenom znanju, tolerancija i trudu čime su na različite načine oblikovali moj život proteklih godina.

Zahvaljujem ravnateljima domova za starije i nemoćne osobe na pomoći pri provedbi istraživanja. Institucije koje su sudjelovale u istraživanju su: Dom za starije i nemoćne osobe Novinščak, Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec, Dom za starije i nemoćne osobe Madona Domašinec te Podružnica umirovljenika Belica. Također, doc. dr. sc. Marini Nekić na ustupljenoj SELSA-S skali koju sam koristila u istraživanju.

Dragim kolegicama, Maji, Mariji, Valentini, neizmjerno hvala na ukazanoj podršci i toplini kada mi je to bilo najpotrebnije.

Mom Filipu, ne mogu dovoljno zahvaliti na svakoj riječi ohrabrenja, na razumijevanju i nesebičnoj ljubavi.

Na kraju, velika hvala mojoj obitelji za njihovu ljubav, trud i odricanje kao i za pružanje podrške tijekom mog obrazovanja. Posebno zahvaljujem svojoj dragoj baki Mariji i djedu Dragutinu što su me motivirali i vjerovali u mene, stoga njima i posvećujem ovaj rad.

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

S. King

Sažetak

Usamljenost se karakterizira kao izrazito neugodno emocionalno stanje koje nastaje kada se osoba osjeća odbačenom ili neshvaćenom od drugih te joj samim time nedostaje društvo za socijalne aktivnosti i emocionalnu intimnost. Svrha rada je istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost u dvije skupine ispitanika starije životne dobi; osoba koje su u instituciji i osoba koje žive u svojim kućama te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa sociodemografskim karakteristikama ispitanika. Korištena je kvantitativna metoda istraživanja, a za dobivanje podataka korišten je strukturirani anketni upitnik. U istraživanje je bilo uključeno 157 osoba koje žive u svojim kućama i 143 osobe koje su u instituciji. Programska podrška IBM SPSS Statistics 25 koristila se u analizi podataka. Rezultati istraživanja pokazali su kako su obje skupine ispitanika starije životne dobi usamljene te da se pojava usamljenosti razlikuje s obzirom na njihove sociodemografske karakteristike (dob, spol, stupanj obrazovanja, broj posjeta liječniku opće medicine, tjelesnu aktivnost, bračni status). Provedeno istraživanje i analiza teorije o usamljenosti dat će određen doprinos znanosti socijalne gerontologije kroz utvrđivanje postojećeg stanja u institucijama i u vlastitim kućama. Kontinuiranim istraživanjima u budućnosti mogli bi se razviti odgovarajući modeli prevencije usamljenosti.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, socijalna i emocionalna usamljenost, socijalna podrška, institucionalizacija.

Abstract

Loneliness is an uncomfortable emotional state that occurs when a person feels rejected or misunderstood by others and lacks a companionship for social activities and emotional intimacy. The study aimed to investigate social and emotional loneliness in two groups of elderly respondents; persons in the institution (retiring homes) and persons living in their homes, to determine the extent to which loneliness is related to the sociodemographic characteristics of the respondents. A quantitative research method was used, and structural questionnaire was used to obtain data. The study included 157 people living in their homes and 143 people in the institution. IBM SPSS Statistics 25 software was used in the data analysis. The research results showed that both groups of elderly respondents are lonely and that the occurrence of loneliness differs according to their sociodemographics (age, gender, level of education, number of visits to a general practitioner, physical activity, marital status). The conducted research and the analysis of the theory of loneliness will contribute to the science of social gerontology by determinig the existing situation in institutions and in one's own homes. Continuous research is needed to develop appropriate models for preventing loneliness in the future.

Key words: elderly, social and emotional loneliness, social support, institutionalization.

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

RH – Republika Hrvatska

EU – Europska Unija

ITM – Indeks tjelesne mase

SELSA-S – Skala socijalne i emocionalne usamljenosti

Sadržaj

1. Uvod 1

2. Starost i starenje 3

2.1. Teorije starenja 3

2.1.1. Biološke teorije starenja 4

2.1.2. Psihološke i sociološke teorije starenja 4

2.2. Promjene u osoba starije životne dobi 5

3. Usamljenost u osoba starije životne dobi 8

3.1. Prediktori usamljenosti u osoba starije životne dobi 9

3.1.1. Usamljenost i spol 9

3.1.2. Usamljenost i dob 9

3.1.3. Usamljenost i bračni status 10

3.1.4. Usamljenost i mjesto stanovanja 11

3.1.5. Usamljenost i socioekonomski status 11

3.1.6. Usamljenost i društveni odnosi 12

3.1.7. Usamljenost i tjelesna aktivnost 12

3.1.8. Usamljenost i duhovnost 14

3.2. Ishodi usamljenosti 15

3.2.1. Smanjena socijalna interakcija 15

3.2.2. Rizično ponašanje 16

3.2.3. Povećan mortalitet 16

4. Oblici skrbi za osobe starije životne dobi 18

4.1. Izvaninstitucionalna skrb za osobe starije životne dobi 18

4.2. Institucionalna skrb za osobe starije životne dobi 19

5. Medicinske sestre u skrbi osoba starije životne dobi 21

6. Istraživački dio rada 23

6.1. Predstavljanje istraživačkog problema 23

6.2. Svrha i ciljevi diplomskog rada 23

6.3. Istraživačka pitanja i hipoteze 24

6.4. Metode istraživanja 25

6.4.1. Instrument 25
6.4.2. Uzorak 26
6.4.3. Postupak skupljanja i obrade podataka 26
6.4.4. Etički aspekti istraživanja 27
6.5. Ograničenja u istraživanju 27
6.6. Opis znanstvenog doprinosa istraživanja 28
7. Rezultati 29
8. Rasprava 55
9. Zaključak 60
10. Literatura 61
Prilozi 74

1. Uvod

U svijetu dolazi do sve većeg napretka medicine, a time se sve više produžuje i životni vijek pa tako on danas prosječno iznosi 75 godina, a Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) predviđa da će 2025. godine životni vijek u dvadeset šest zemalja svijeta biti dulji od 80 godina [1]. Samim produženjem životnog vijeka skrb za osobe starije životne dobi predstavlja sve veći izazov u svijetu, stoga se nastoji promovirati upravo ono zdravo, a ujedno i aktivno starenje na koje se gleda kao na ključ za osiguravanje ravnopravne uloge osoba starije životne dobi u cjelokupnom društvu [2]. Međunarodno priznata dobna granica za ulazak u starost iznosi 65 godina. Slično kao i u razvijenim zemljama svijeta, u Republici Hrvatskoj (RH), udio osoba starije životne dobi je visok te je u stalnom porastu [1].

Osobe starije životne dobi starenjem suočavaju se vrlo često s progresijom samih bolesti, smanjenim sposobnostima kontrole okoline u kojoj se nalaze, padom funkcionalnih sposobnosti, a isto tako raste i sama pojava invalidnosti [3]. Upravo iz ovih razloga usamljenost se češće javlja u osoba starije životne dobi, a tome doprinose i promjene u intenzitetu emocionalnih odnosa s kojima se osobe starije životne dobi susreću [4]. Usamljenost se često karakterizira kao bolna, neugodna i anksiozna čežnja za drugom osobom ili osobama, do koje dolazi zbog osjećaja odbačenosti, otuđenosti ili neshvaćenosti od drugih [5]. Usamljenost glasi kao poznati uzročnik velikog broja kroničnih zdravstvenih problema te uzrokuje pad funkcionalnosti i porast smrtnosti u osoba starije životne dobi [6]. Luo i sur. utvrdili su kako upravo usamljenost predstavlja velik javnozdravstveni problem u svim kulturama svijeta [7]. Razlikujemo tako socijalnu i emocionalnu usamljenost. Socijalna usamljenost se odnosi na neuključenost u socijalnu mrežu, dok emocionalna usamljenost uvelike proizlazi iz nezadovoljstva obiteljskim i ljubavnim, odnosno onim romantičnim odnosima [8].

Socijalna integracija i društveni odnosi osoba starije životne dobi ključni su za njihovo emocionalno ispunjenje [9]. Najveći izvor zadovoljstva i socijalne podrške osobama starije životne dobi čine društvo i emocionalna potpora njihove obitelji, djece, prijatelja, odnosno osobe u koje osobe starije

životne dobi imaju najviše povjerenja te su sigurne da im se mogu obratiti za savjet ili pomoć ukoliko se za isti javi potreba [10].

Svrha istraživačkog rada jest ispitati socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine ispitanika starije životne dobi, onih koji žive u svojim kućama, domaćinstvima i onih smještenih u instituciji, odnosno domovima za starije i nemoćne osobe te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa sociodemografskim karakteristikama ispitanika. U narednim poglavljima bit će opisane teorije starenja te prikazana definirajuća obilježja osoba starije životne dobi. Prikazat će se tipovi usamljenosti, prediktori usamljenosti kod osoba starije životne dobi te mogući ishodi usamljenosti. Također, prikazat će se oblici skrbi za osobe starije životne dobi, te važnost rada medicinskih sestara u skrbi za starije osobe. Ukratko će biti predstavljen istraživački problem, potom će se prikazati ciljevi, istraživačka pitanja i hipoteze, opisati metodologija i sam uzorak. Nakon prikaza samih rezultata istraživanja, koji potvrđuju ili opovrgavaju postavljene hipoteze, bit će iznesena rasprava sa osvrtom na doživljaj usamljenosti u obje skupine ispitanika.

2. Starost i starenje

Starost i starenje dva su vrlo često poistovjećivana pojma, međutim potrebno ih je razlikovati [11]. Životno razdoblje povezano sa kronološkom dobi jest starost, dok starenje označava fiziološke promjene koje se neprekidno, ali sasvim prirodno odvijaju u svim živim bićima [12]. Sukladno definiciji, starost je dakle razvojno razdoblje u životnom vijeku svake pojedine osobe te ono u interakciju uz kronološku dob uključuje i funkcionalne sposobnosti svakog pojedinca, odnosno one funkcionalne sposobnosti koje su pojedincu preostale te socijalne uloge koje sam pojedinac obnaša, dok je starenje najkraće rečeno funkcija života. Potrebno je izbjegavati poistovjećivanje kronološke dobi sa samim starenjem jer je izrazito teško odrediti dob u kojoj dolazi do početka samog starenja. Definicija Svjetske zdravstvene organizacije starost prema kronološkoj dobi dijeli u tri skupine. Prvu skupinu tako čine starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, druga skupina su stare osobe od 76 do 90 godina, a treću skupinu čine vrlo stare osobe, odnosno one u dobi iznad 90 godina [13]. U literaturi se starost vrlo često spominje i kao treća životna dob [14].

Sergiev i sur. napominju kako je proces starenja i dalje uvelike neizbježan iako je došlo do velika napretka u produljenju vijeka življenja u ljudi [15]. Samo produljenje prosječnog ljudskog vijeka i povećanje broja osoba starije životne dobi rezultiralo je pobuđivanjem sve većeg interesa za starenje pojedinca, ali i cjelokupnog društva na svim njegovim razinama [16].

2.1. Teorije starenja

Postoji niz međusobno isprepletenih teorija koje nastoje objasniti fenomen starenja pojedinca, međutim ni jedna od tih teorija ne daje potpuno zadovoljavajuće objašnjenje. Teorije starenja mogu se podijeliti na tri skupine: biološke, psihološke i sociološke teorije starenja [17].

2.1.1. Biološke teorije starenja

Moderne biološke teorije starenja prema Jin dijele se u dvije glavne kategorije: teoriju programiranog starenja i teoriju oštećenja ili pogreške [18]. Teorija programiranog starenja govori kako postoje određeni geni koji uzrokuju nagle promjene u stanicama što na kraju rezultira starenjem, a dijeli se na tri kategorije: na teoriju programirane dugovječnosti, endokrinu teoriju i imunološku teoriju [19].

Teorija oštećenja ili pogreške govori kako je starenje zapravo rezultat akumuliranih oštećenja uzrovanih slučajnim događajima ljudske svakodnevice bilo da se radi o unutarnjim ili vanjskim faktorima [17].

2.1.2. Psihološke i sociološke teorije starenja

Psihološke teorije starenja smatraju se jedinstvenim i prihvaćenim integrativnim teorijama diljem svijeta [17].

Teorija ljudskog života, Charlotte Büchler, govori o usporednom tijeku bioloških procesa rasta, stabilnosti i opadanja te psihosocijalnih procesa razvoja. Büchler uvodi model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek u pet razdoblja [20].

Teorija razvojnih zadataka, Roberta Havighursta, opisuje razvojne zadatke starosti; prilagodba na umirovljenje i smanjenje dohodaka, prilagodba na smrt supružnika, prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu, identifikacija s vlastitom dobnom skupinom, uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života, ispunjavanje socijalnih i građanskih obveza [21].

Carl Gustav Jung u svojoj teoriji životnih razdoblja, razdoblje života nakon 40. godine naziva „podnevom života“, odnosno smatra kako upravo u tom životnom razdoblju osoba postaje svjesnija sebe te traži cilj i smisao vlastitog života [17].

Erik Erikson u teoriji psihosocijalnog razvoja sam ljudski razvoj zapravo prikazuje kroz osam faza od kojih je svaka obilježena krizom ili izazovom, a sam ishod može biti pozitivan ili negativan. Razvoj u narednim fazama bit će

teži ukoliko postoje negativni ishodi u jednoj od prethodnih faza, odnosno ako se kriza u prethodnoj fazi ne razriješi, rješavanje idućih bit će poremećeno. Isto tako, sam period razrješenja same krize nije određen, već ovisi o svakoj pojedinoj osobi te se time razlikuje od osobe do osobe [22]. Osma faza odnosi se na osobe starije životne dobi, odnosno na umirovljene osobe koje nastoje u tom životnom razdoblju svoje neuspjehe i uspjehe staviti u ravnotežu [23]. Čovjek se zapravo u ovom razdoblju suočava s nadolazećim krajem života, prihvaća starenje i gubitke [24].

Sociološke teorije starenja nastoje objasniti promjene do kojih u procesu starenja, a odnose se na odnos pojedinca i društva te se one očituju u promjenama socijalne aktivnosti, socijalnih uloga osoba starije životne dobi i u promjenama socijalnih interakcija [17]. Socijalne makroteorije na sam proces starenja gledaju kroz demografske i sociološke promjene, dok socijalne mikroteorije proces starenja objašnjavaju na razini samog pojedinca, njegova socijalna statusa i samih uloga koje mu društvo (okolina) dodjeljuje, a na temelju čega zatim sam pojedinac određuje svoju vrijednost. Ujedno, postoje i socijalne povezujuće teorije koje nastoje povezati socijalnu strukturu s pojedincem i njegovim interakcijama [4].

Sociološke teorije tako naglašavaju ideju da upravo kroz promatranje čovjekova odnosa sa njegovom okolinom u procesu starenja razumijemo njegovu promjenu osobnosti [25].

2.2. Promjene u osoba starije životne dobi

Porast životne dobi sa sobom donosi i razne promjene u samom organizmu pojedinca koje uključuju promjene organa ili promjene cijelog organskog sustava, dok je sam rezultat naposljetku cjelokupno starenje organizma i funkcijske promjene [13].

Vanjski znakovi starenja najčešće se zamjećuju na promjenama na koži, strukturi lica ili pak samoj građi tijela [22]. Što se tiče promjena u probavnom sustavu osoba starije životne dobi, važno je napomenuti kako dob ne utječe na potrebu za osnovnim prehrambenim potrebama [26]. Tjelesna masa mijenja se tijekom procesa starenja, odnosno povećava se najčešće do 75.

godine, a zatim postepeno opada [27]. Smanjenjem tjelesne mase dolazi i do smanjenja pojedinih organa kao što su jetra ili bubreg, ujedno za oko 10 do 15% smanjuje se postotak vode u organizmu, dok se kao rezultat smanjenja tjelesne aktivnosti količina masnog tkiva povećava [13]. Mišićna snaga slabi za oko 20 do 50% te dolazi do smanjenja fleksibilnosti zglobova [28]. Operativni zahvati dovode do smanjenja mišićne snage u osoba starije životne dobi [29]. Ujedno, smanjenjem mišićne snage u osoba starije životne dobi dolazi do povećanja rizika za pad [30]. Do atrofije skeletnih mišića dolazi zbog tjelesne neaktivnosti, smanjenja broja neurona u mišićnim stanicama te endokrinih faktora [31]. Lee i sur. ukazali su na povezanost preuranjene smrti i tjelesne neaktivnosti, odnosno rezultati istraživanja pokazali su kako je tjelesna neaktivnost bila uzrok oko 5,3 milijuna preuranjenih smrti 2008. godine [32].

Poznato je kako su glavni uzrok smrti nakon 60-te godine života srčane bolesti [33]. Martin i sur. naglašavaju kako je upravo starenje jedan od glavnih čimbenika rizika za srčano zatajenje [34]. Starenjem dolazi do brojnih promjena na srcu, tako se masa srca smanjuje, dolazi do smanjenja frekvencije srca, ujedno, dolazi do smanjenja tlaka punjenja dijastole i minutnog volumena srca [13]. Jedan od poznatih, a ujedno i vodećih problema osoba starije životne dobi jest hipertenzija, odnosno povišeni krvni tlak [35]. Sistolički tlak se u osoba starije životne dobi postepeno povisuje, dok je dijastolički tlak u osoba starije životne dobi nešto niži od onog uobičajenog [13].

Starenje uzrokuje i promjene u dišnom sustavu. Starenjem dolazi do smanjenja elastičnosti pluća, smanjenja elastičnosti sternokostalnih zglobova i kralješnice koja ujedno postaje i zakrivljena što posljedično dovodi do potrebe za povećanim naporom prilikom samog ekspirija. Već i mali napor u osoba starije životne dobi može izazvati dispneju koja nastaje posljedično zbog smanjenja površine alveola [13].

Promjene se starenjem javljaju i u genitourinarnom sustavu, pa je tako vrlo česta pojava u osoba starije životne dobi urinarna inkontinencija i hiperplazija prostate [36].

Starenje utječe i na kognitivni sustav, smanjuje se broj sinapsi, dolazi do promjena u veličini neurona, mijenja se volumen sive tvari te integritet bijele tvari [37]. Najčešće se kao razlozi opadanja kognitivnih funkcija u starijoj životnoj dobi navode bolest i socijalna izolacija [20]. Također, pokazalo se kako zdrav način života, poticajna okolina te viši stupanj obrazovanja imaju pozitivan utjecaj na kognitivne funkcije u starijoj životnoj dobi [38]. Aalbers i sur. napominju kako postoji pozitivna poveznica između kognitivnih funkcija u osoba starije životne dobi i tjelesne aktivnosti [39].

3. Usamljenost u osoba starije životne dobi

Usamljenost je definirana kao izrazito bolno iskustvo koje se negativno odražava na prosocijalno ponašanje pojedinca i njegovo socijalno funkcioniranje [40]. Karakterizirana je kao izrazito bolna te anksiozna čežnja za drugom osobom, odnosno kao neugodno emocionalno stanje izazvano osjećajem otuđenosti ili neshvaćenosti od strane druge osobe ili drugih osoba te nedostatkom društva za razne socijalne aktivnosti ili pak emocionalnu intimnost [41]. Autori, Heinrich i Gullone u svom radu napominju kako se usamljenost može javiti u svakoj životnoj dobi [42]. U današnje vrijeme, usamljenost je sve češće povezivana sa starijom životnom dobi [43]. Ujedno, usamljenost glasi kao jedan od najizraženijih problema starenja [44]. U prilog tome govore i rezultati istraživanja u osoba starije životne dobi diljem cijele Europe koji govore kako zastupljenost usamljenosti iznosi oko 45%, što je izrazito visoki postotak [45].

Emocionalna usamljenost posljedično nastaje zbog nedostatka emocionalne intime ili pak romantične veze, a prate ju osjećaji nemira i praznine. Socijalnu usamljenost karakterizira nedostatak prijateljstva i zajedništva te je praćena osjećajem socijalne marginalnosti i dosadom [41].

Kako bi zadržale društveno aktivan život na svom svakodnevnom putu osobe starije životne dobi susreću se sa raznim problemima, odnosno izazovima [46]. Izvor socijalne i emocionalne podrške osobama starije životne dobi čine upravo njihova djeca, prijatelji, supružnici, a kvalitetna podrška jedan je od važnih mehanizama koji utječe na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi [47].

Proces starenja sa sobom nosi određene nedostatke i probleme bilo u kognitivnom funkcioniranju ili one u fizičkom funkcioniranju, sa kojima se osobe starije životne dobi moraju naučiti nositi, a samim time i živjeti. Osobe starije životne dobi zbog gubitka svojih društvenih uloga uzrokovanih smrću supružnika, umirovljenjem ili nekom bolešću rjeđe sudjeluju u društvenim aktivnostima što posljedično može dovesti do pojave same usamljenosti koja glasi za jedan od značajnijih uzroka velikog broja zdravstvenih problema koji

su nerijetko kroničnog karaktera [48]. Istraživanje Holt-Lunstad i sur. povezuje pojavu usamljenosti i mortaliteta [49].

3.1. Prediktori usamljenosti u osoba starije životne dobi

U ovom dijelu rada opisani su prediktori usamljenosti s obzirom na socijalnu i emocionalnu usamljenost, a isti se odnose na neke od sociodemografskih karakteristika osoba starije životne dobi koje će se obuhvatiti u samom istraživačkom dijelu rada.

3.1.1. Usamljenost i spol

Fowler i Christakis proveli su istraživanje čiji su rezultati pokazali da je usamljenost češća kod žena u odnosu na muškarce [50]. Rezultati istraživanja koje su proveli Cacioppo i sur. također ukazuju na jednak zaključak, odnosno da se usamljenost javlja češća u žena u odnosu na muškarce [51]. Također, u ispitanika RH pokazalo se kako su ispitanice ženskog spola usamljenije u odnosu na ispitanike muškog spola [52].

Međutim, istraživanje provedeno u Kanadi dalo je drugačije rezultate, odnosno rezultati su pokazali kako nema statistički značajnih razlika u pojavnosti usamljenosti s obzirom na spol [53].

Kod žena se češće javlja emocionalna usamljenost, dok je kod muškaraca češća pojava socijalne usamljenosti [54].

3.1.2. Usamljenost i dob

Sama pojavnost usamljenosti i njezin intenzitet mogu se razlikovati i mijenjati s obzirom na životnu dob svakog pojedinca [54].

Vrlo često spominje se kako su osobe starije životne dobi najusamljenije, međutim pojavnost usamljenosti najčešća je kod adolescenata te ista iznosi oko 80%. Prema podacima iz literature, usamljenost je prisutna u oko 40% osoba starije životne dobi, odnosno, osoba starijih od 65 godina [55]. Istraživanje provedeno u Finskoj ukazalo je na porast pojave usamljenosti s

povećanjem životne dobi, međutim pokazalo se kako se to događa samo i isključivo u visokoj životnoj dobi [56].

3.1.3. Usamljenost i bračni status

Istraživanja provedena u raznim kulturama diljem svijeta utvrdila su kako su osobe u braku ili osobe koje žive u trajnoj vanbračnoj zajednici sa svojim partnerom manje usamljene od osoba koje su razvedene, samci ili udovci [57, 58]. Zadovoljstvo brakom dakako da je jedan od važnijih čimbenika emocionalne stabilnosti svake osobe [59]. Bračni status najjači je prediktor subjektivne dobrobiti [60]. Zadovoljstvo brakom u pojedinca pruža osjećaj zadovoljstva, radosti i sreće, što posljedično dovodi do poboljšanja tjelesnog, ali i mentalnog zdravlja i muškaraca i žena, a ujedno osobe koje su zadovoljne svojim bračnim životom lakše podnose one teške i nerijetko stresne promjene ili situacije koje život stavlja pred njih [61]. Mentalno, ali i emocionalno zdravlje svakog pojedinca ovisi o njegovoj bračnoj stabilnosti [59].

Poznata činjenica je kako je bračni život u osoba starije životne dobi pozitivno povezan sa njihovom kvalitetom spavanja [62]. Također, bračni status povezan je i sa produženim trajanjem životna vijeka [63]. Osobe starije životne dobi koje žive same pokazuju veću razinu usamljenosti od osoba koje žive u braku ili pak trajnoj vanbračnoj zajednici sa partnerom [64]. Marqelisch i sur. proveli su istraživanje u kojem su utvrdili poveznicu zadovoljstva bračnim životom i zdravlja u osoba starije životne dobi [65].

Smrt supružnika izrazito utječe na drugog supružnika, isprepliću se brojni osjećaji kao što je osjećaj ljutnje, osjećaj socijalne izolacije i osjećaj usamljenosti. U osoba koje su izgubile svog supružnika, svog životnog suputnika, javlja se i depresija i gubitak smisla življenja. Ujedno, smrt supružnika za osobu koja je bez istog ostala vrlo često predstavlja veliku promjenu cjelokupnog življenja, promjenu njezinih svakodnevnih navika, preuzimanje dodatnih zadataka koje je do tada obavljala osoba koja je umrla, a potrebno ih je obavljati u svakodnevnom održavanju vlastitog domaćinstva.

Vrlo često osobe nisu ni pripremljene ni spremne na takve duboke životne promjene [66].

3.1.4. Usamljenost i mjesto stanovanja

Sam smještaj osobe starije životne dobi u instituciju, odnosno dom za starije i nemoćne izrazito je stresan događaj, osoba starije životne dobi na taj način vrlo često biva izdvojena od svoje svakodnevne rutine, svoje socijalne i fizičke okoline što krajnje dovodi do pojave usamljenosti [67]. Također, smještajem osobe u dom za starije i nemoćne često se gubi njezin identitet zbog automatske kategorizacije kao nemoćne osobe, odnosno poistovjećivanjem sa grupom ljudi u kojoj se osoba smještena u dom za starije i nemoćne tada nalazi [54]. Drageset i sur. u svom istraživanju utvrdili su kako se više od polovice osoba starije životne dobi smještenih u domovima za starije i nemoćne osobe osjeća usamljeno [68]. Kao posljedica dugotrajne skrbi u osoba starije životne dobi može se javiti usamljenost [30].

Odlazak osobe u mirovinu pojedinca oslobađa od njegovih svakodnevnih radnih obaveza, te sam pojedinac ima puno više slobodnog vremena [69]. Socijalna podrška supružnika, djece, ali i prijatelja izrazito je važna u samom procesu umirovljenja za osobe starije životne dobi. Također, socijalna podrška utječe na smanjenje razine stresa u osoba starije životne dobi izazvanog samim procesom umirovljenja. Umirovljene osobe starije životne dobi koje žive u zajedničkom domaćinstvu sa svojom obitelji te ujedno sa njima imaju prisan i kvalitetan odnos te kvalitetnu komunikaciju, aktivnije su, zadovoljnije i sretnije u svim aspektima svog života [70]. Upravo je obitelj ta koja prva pruža potrebnu pomoć osobi starije životne dobi [71].

3.1.5. Usamljenost i socioekonomski status

Kada se govori o socioekonomskom statusu, upravo materijalno stanje i obrazovanje najčešći su korišteni indikatori [41]. Postoji negativna poveznica upravo između stupnja obrazovanja i materijalnog stanja pojedinca sa

pojavom usamljenosti [72]. Odlaskom u mirovinu u osoba starije životne dobi povećan je rizik od siromaštva, a samo siromaštvo izrazito negativno utječe na njihove društvene aktivnosti te dovodi do osjećaja usamljenosti i socijalne izolacije [73]. Dakle, siromašnije osobe sklonije su javljanju osjećaja usamljenosti [74].

Osobe starije životne dobi sa većim mjesečnim primanjima imaju veći broj prilika uključivanja u razne socijalne i društvene aktivnosti te im se na taj način javlja i osjećaj društvene koristi koji je u osoba starije dobi izrazito važan. Ujedno, socioekonomski status utječe i na samu percepciju starenja, odnosno manjak materijalnih sredstva u osoba starije životne dobi nerijetko može rezultirati negativnom percepcijom cjelokupnog procesa starenja [75].

3.1.6. Usamljenost i društveni odnosi

Društveni odnosi u svim dobnim skupinama od izrazite su važnosti za svaku osobu. Starenjem dolazi do promjena u društvenim odnosima, pa se tako naglašava kako su upravo obiteljski odnosi, ali i oni društveni, najvažniji elementi kvalitete života u osoba starije životne dobi, dakako, odmah nakon njihova zdravlja [76].

Odlazak u mirovinu sa sobom nosi niz promjena sa kojima se osoba starije životne dobi treba suočiti, pa tako i do gubitka njezinih društvenih uloga, što je za njih izuzetno stresno te ujedno dovodi do postupnog smanjenja, a zatim i do potpunog gubitka motivacije, volje ili želje za bilo kakvim društvenim aktivnostima. Posljedica je pojava usamljenosti [4].

3.1.7. Usamljenost i tjelesna aktivnost

Tjelesna aktivnost pojam je koji se odnosi na mišićni rad sa povećanjem potrošnje energije od one potrošnje energije kada sam organizam miruje. Tjelesna aktivnost pojam je koji uključuje sport i rekreaciju, kao i obavljanje samih prigodnih poslova, ali u pojam tjelesne aktivnosti uključene su i one

aktivnosti koje sam pojedinac svakodnevno obavlja u svom slobodnom vremenu [1].

Porastom životne dobi, a time i smanjenjem tjelesne aktivnosti, povećava se rizik za obolijevanje od raznih kroničnih bolesti. Dokazano je kako se brojne kronične bolesti poput povišenog krvnog tlaka, pretilosti, osteoporoze, dijabetesa, kroničnih bolesti srca i krvnih žila, ali i drugih kroničnih bolesti, mogu držati pod kontrolom ukoliko se osoba barem umjereno bavi tjelesnom aktivnošću. Neovisno o životnoj dobi, svaki pojedinac može obavljati neku vrstu tjelesne aktivnosti. Osobe starije životne dobi često su mišljenja kako je starost zapravo ograničavajući faktor za provođenje tjelesne aktivnosti i samo vježbanje, međutim valja naglasiti kako je to samo jedna od brojnih predrasuda povezanih sa starijim osobama i starenjem. Kada govorimo o tjelesnoj aktivnosti osoba starije životne dobi poželjno je dakako da ista bude organizirana i vođena od stručnjaka koji su posebno educirani za rad sa osobama starije dobi te su upoznati sa njihovim mogućnostima. Preporuča se provođenje tjelesne aktivnosti dva do tri puta tjedno u vremenu od petnaestak do tridesetak minuta. Izrazito je važno da se već pri odabiru vrste tjelesne aktivnosti u osoba starije životne dobi obrati pozornost upravo na samu dob osobe, njezin spol, da li se osoba tijekom svog života bavila nekom od tjelesnih aktivnosti, a ujedno izrazito je važno obratiti pozornost i na same zdravstvene, ali i njihove funkcijske sposobnosti. Trčanje, sobna gimnastika, pješačenje, vožnja biciklom i plivanje samo su neke od tjelesnih aktivnosti koje se preporučaju osobama starije životne dobi, naravno u skladu sa njihovim mogućnostima. Osobe starije životne dobi koje se bave nekom vrstom tjelesne aktivnosti funkcijski pokazuju znatno veće sposobnosti od osoba starije životne dobi koje nisu tjelesno aktivne [13].

Osobe starije životne dobi, dakako da se starenjem susreću sa životnim događajima koji utječu na smanjenje njihove tjelesne aktivnosti, jedan od tih događaja je i samo umirovljenje [77]. Fiziološke promjene koje se događaju u procesu starenja dovode do smanjenja funkcionalnih sposobnosti što posljedično utječe na smanjenje tjelesne aktivnosti u osoba starije životne dobi [22].

Iako je dokazano kako tjelesna aktivnost smanjuje samu pojavnost usamljenosti u osoba starije životne dobi, zbog raznih promjena koje se događaju tijekom procesa starenja te zbog same prilagodbe osoba starije životne dobi na jedno novo razdoblje u njihovu životu, tjelesna aktivnost vrlo često za osobe starije životne dobi predstavlja izrazito veliki napor, ali ujedno i za njih predstavlja i veliki izazov. Također, dokazano je kako osobe starije životne dobi koje imaju socijalnu i emocionalnu podršku bilo obitelji ili prijatelja pokazuju veću razinu tjelesne aktivnosti od onih osoba koje istu nemaju [78].

3.1.8. Usamljenost i duhovnost

Duhovnost se može definirati kao jedna izrazito dinamična dimenzija ljudskog života s obzirom na način na koji same osobe doživljavaju, izražavaju se, traže smisao i svrhu, te ujedno, na način na koji su one same povezane s trenutkom u kojem se tada nalaze i u kojem žive sa samim sobom, s drugim osobama, s prirodom te onim što im je bitno ili sveto [79]. Tijekom povijesti, religija i duhovnost bile su izrazito jake društvene sile u cijelom svijetu [80].

Nakon pedesete godine života, duhovnost se uvelike povećava [17]. Postoje brojni razlozi za koje se smatra kako u osoba starije životne dobi dovode do povećanja duhovnosti. Neki od tih razloga koji se navode su blizina same smrti, odnosno kraj ovozemaljskog života, društvena isključenost te očekivana patnja i bol povezana sa starijom dobi i njezinim brojnim izazovima. Međutim, do povećanja duhovnosti može dovesti i sama sloboda koju osobe steknu u starijoj životnoj dobi, zahvalnost na proživljenim godinama te cjelokupno zadovoljstvo životom koji je protekao te u osobama starije dobi izaziva lijepe osjećaje i lijepa sjećanja. Senzibilizacijom osoba starije životne dobi za njihov duhovni put, ali i prepoznavanjem njihovih duhovnih potreba poboljšava se i njihovo duhovno zdravlje [81].

Istraživanjem je dokazano kako je smanjen mortalitet u ispitanika koji prakticiraju razne duhovne aktivnosti, također duhovnost pozitivno djeluje i na

poboljšanje simptoma nekih psihičkih bolesti, ali i brojnih tjelesnih oboljenja. Duhovnost u osoba starije životne dobi pruža osjećaj unutarnje sigurnosti koja je u starijoj dobi izrazito važna [82].

3.2. Ishodi usamljenosti

Usamljenost je povezana sa povećanjem brojnih kroničnih bolesti, a ujedno se izravno povezuje i sa samim mortalitetom [49]. U nastavku rada opisat ćemo i objasniti neke od najčešćih mogućih ishoda same usamljenosti.

3.2.1. Smanjena socijalna interakcija

Osobe starije životne dobi vrlo su često izložene socijalnoj usamljenosti zbog promjena koje nosi sam proces starenja kao što je umirovljenje ili smrt nekog od članova obitelji, supružnika, prijatelja, ali razlog pojave socijalne usamljenosti leži i u ograničenoj pokretljivosti starijih osoba [83]. Ujedno, diljem svijeta sve više do izražaja dolazi smanjenje međugeneracijske interakcije, odnosno starijih i mlađih osoba, što uvelike doprinosi pojavi usamljenosti u osoba starije životne dobi [30]. Međutim, u nekih osoba starije životne dobi koje žive same ili nemaju puno socijalne interakcije bilo da se radi o interakciji sa obitelji, prijateljima ili interakciji sa nekim drugim ljudima, to ne znači da se ona u konačnici osjeća usamljeno, već joj takav način života odgovara te se osoba osjeća sretno i zadovoljno usprkos manjku socijalne interakcije [84].

Socijalna interakcija pozitivno utječe i na fizičko i na mentalno zdravlje osoba starije životne dobi te posljedično dovodi do povećanja njihova ukupna zadovoljstva životom [67]. Osobe starije životne dobi sa nižim stupnjem obrazovanja, kao i one sa smanjenim i nedostatnim prihodima imaju manju, odnosno smanjenu socijalnu interakciju u odnosu na osobe sa višim stupnjem obrazovanja te većim i dostatnim primanjima [85].

3.2.2. Rizično ponašanje

Vrlo često, usamljenost biva u negativnom kontekstu povezivana sa pojavom rizičnog ponašanja u osoba starije životne dobi koje nerijetko uključuje konzumaciju alkohola, pa čak i droga, pušenje i povećanje tjelesne neaktivnosti [86].

Izrazito je zanimljiv podatak kako osobe mlađe životne dobi konzumiraju alkoholna pića u znatno većim količinama od osoba starije životne dobi, međutim osobe starije životne dobi konzumiraju alkoholna pića češće od onih mlađe životne dobi, no valja naglasiti kako su kognitivni deficiti uzrokovani pijenjem prevelike količine alkoholnih pića puno teži u osoba starije životne dobi, nego li u onih osoba mlađe dobi [87].

U svijetu, u osoba starije životne dobi dolazi do sve većeg broja porasta suicida što je izuzetno zabrinjavajući podatak [88]. Definicija samog suicida glasi kako je to namjerno učinjen i dobrovoljan čin samouništenja [89]. Najčešće navođeni razlozi za suicid u osoba starije životne dobi su: osjećaj usamljenosti, smrt bliskih osoba (supružnika, djece, prijatelja) ili sama bolest. Ujedno, valja naglasiti kako je najveći porast suicida u osoba starije životne dobi upravo u zemljama u razvoju [90]. Marčinko i sur. napominju kako se u velikom broju osoba starije životne dobi, čak 70%, prije samog čina suicida unazad nekoliko tjedana javlja depresija [89].

3.2.3. Povećan mortalitet

Usamljenost je poznat uzročnik velikog broja kroničnih zdravstvenih problema, a također je poznato kako upravo usamljenost predstavlja jedan od najznačajnijih rizičnih čimbenika koji posljedično dovodi do povećanja mortaliteta u osoba starije životne dobi [6]. Upravo iz tih razloga usamljenost predstavlja sve veći javnozdravstveni problem u različitim kulturama svijeta [7].

U istraživanju Holt-Lunstad i sur. pokazalo se kako je usamljenost povezana sa povećanjem smrtnosti, najvjerojatnije upravo iz razloga što osobe starije životne dobi koje su usamljenije češće obolijevaju od raznih kroničnih bolesti koje svojim tijekom najčešće završavaju smrtnim ishodom [49]. Neke od kroničnih bolesti u osoba starije životne dobi za koje se povećava rizik pojavom usamljenosti su: kardiovaskularne bolesti [48], prekomjerna tjelesna težina [13], slabljenje imunološkog sustava te brojne druge [91].

Podrška supružnika, djece, ali i prijatelja uvelike doprinosi pozitivnom zdravstvenom ponašanju u osoba starije životne dobi na način da obitelj i prijatelji potiču stariju osobu da ostane tjelesno aktivna u okviru svojih mogućnosti, da redovito posjećuje liječnika te tako vodi brigu o svojem zdravstvenom stanju i funkcioniranju [7].

4. Oblici skrbi za osobe starije životne dobi

Skrb za starije osobe uz praktičnu pomoć u njihovu svakodnevnom životu, uključujući i emocionalnu pomoć, uključuje i razne oblike povjerenja i razumijevanja kako bi im se na najbolji mogući način pružila zadovoljavajuća i potrebna skrb te zadovoljile njihove životne potrebe, bilo one osnovne ili one dodatne [92]. Posljednjih nekoliko desetljeća skrb za osobe starije životne dobi u razvijenim zemljama Europske Unije (EU) usmjerena je na što duži boravak starijih osoba u vlastitoj kući, međutim, u tranzicijskim zemljama sve češći je ipak onaj institucionalni smještaj [93].

4.1. Izvaninstitucionalna skrb za osobe starije životne dobi

Izvaninstitucionalna skrb u osoba starije životne dobi, odnosno što duži boravak osoba starije životne dobi u vlastitom domaćinstvu uz razvijanje zdravstvene zaštite i socijalne skrbi poprima sve veći značaj u društvu [93]. U osoba starije životne dobi njihove svakodnevne navike (odlazak u trgovinu, kava sa susjedima) imaju izuzetno značenje, a sam stambeni prostor bilo da se radi o kući ili stanu za njih predstavlja puno više od samog prostora u kojem borave. U tom prostoru sakupljene su brojne uspomene, brojna događanja, doživljaji i osjećaji koji taj prostor čine domom i u osoba starije životne dobi bude određene emocije [94]. Upravo je zato važno osobama starije životne dobi osigurati što je duže moguće boravak u njihovu domu, ali uz razvijene oblike izvaninstitucijske skrbi.

Kao prednosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi Tomek-Roksandić i sur. nadvode kako oni potiču samozbrinjavanje i aktivnost u osoba starije životne dobi, prihvatljiviji su osobama starije dobi, ali i obitelji, odvijaju se u poznatoj obiteljskoj okolini te nisu potrebna velika novčana izdavanja što ih čini puno dostupnijima u odnosu na institucionalne oblike skrbi. Isti autori navode i razne tipove izvaninstitucionalne skrbi: dnevni boravci za osobe starije životne dobi, gerontoservisi, gerontodomaćice koje pomažu starijim i nemoćnim osobama te sve više zastupljeni gerontološki centri [12].

Starenje stanovništva u RH popraćeno je i porastom osoba starije životne dobi koje žive same u svojoj kući (samačko domaćinstvo) što ih ujedno čini još više izloženijima socijalnoj izolaciji i pojavi same usamljenosti. U RH nastoji se podići svijest o važnosti i značaju razvoja većeg broja gerontoloških centara, ali i smještaja osoba starije životne dobi u udomiteljske obitelji [93].

Promicanjem što dužeg boravka osoba starije životne dobi u vlastitoj kući (domaćinstvu), promiče se i autonomija starijih osoba koja čini temelj zdravog i uspješnog starenja [76].

4.2. Institucionalna skrb za osobe starije životne dobi

U starijih i nemoćnih osoba koje iz raznih razloga više nisu u mogućnosti brinuti same o sebi, a ujedno ne postoji nitko od obitelji (supružnik, djeca) ili prijatelja tko bi mogao preuzeti tu brigu na sebe, javlja se potreba za institucionalnim oblicima skrbi. Iako se vrlo često smatra kako je velik broj osoba starije životne dobi smješten u institucijama, on u prosjeku iznosi svega oko 5% [13].

Sama definicija Doma za starije osobe govori kako se radi o društvenoj instituciji u čiji je rad uključen veliki broj ljudi čije je ponašanje regulirano, kao i njihove uloge, a čija je svrha u konačnici zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba u osoba koje te potrebe nisu u mogućnosti više samostalno zadovoljiti [95]. Dakako, smještajem starije osobe u dom nastoji joj se osigurati kvalitetna i cjelovita zdravstvena skrb [12].

Unatrag nekoliko desetljeća, znanstvenici istražuju povezanost autonomije osoba starije životne dobi i institucionalizacije te upozoravaju da institucionalizacija narušava autonomiju osoba starije životne dobi [96]. Riječ „autonomija“ izvedena je iz grčke riječi „autos“ što znači samoupravljanje [97].

Kako bi se očuvala autonomija osoba starije životne dobi smještenih u institucije potrebno je promicati njihove funkcionalne sposobnosti, a isto tako od velikog je značaja osjećaj domaćeg okruženja, odnosno u takvom

okruženju osobe starije dobi brže se prilagode te lakše nastavljaju sa aktivnostima kojima su se bavili prije samog dolaska u instituciju, a mogu ih obavljati i tamo [98].

Sve veći razvoj društva diljem cijelog svijeta doveo je do porasta broja osoba starije životne dobi smještenih u institucijama [99]. Smještaj osobe starije životne dobi u instituciju samu osobu izlaže izrazito velikom stresu uz osjećaj nezadovoljstva [11]. Međutim, Brajković navodi kako zapravo sam stav osobe o smještaju u instituciju (dom za starije i nemoćne osobe), kao i stav njezine okoline i društva, ali i sama sposobnost prilagodbe uvelike utječu na osjećaje koji će se toj osobi javiti prilikom samog smještaja u istu [4].

U RH postoje tri državna doma za starije i nemoćne, 45 županijskih domova za starije i nemoćne, 97 domova drugih osnivača te 52 pružatelja skrbi koji pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma (vlasništvo vjerskih zajednica, udruga te drugih pravnih ili fizičkih osoba) [100].

5. Medicinske sestre u skrbi za osobe starije životne dobi

Skrb za osobe kojima je ista potrebna smatra se nadasve moralnim činom te se kroz povijest povezuje sa idejom samilosti, suosjećanja i pomaganja u nevolji. Naglašava se kako je to, specifičan međuljudski odnos koji, osim moralnog djelovanja, zahtijeva stručan rad utemeljen na znanstvenim činjenicama [101].

Na početku svog školovanja medicinske sestre/tehničari susreću se sa tri osnovna načela procesa zdravstvene njege: usmjerenost na pacijenta, uvažavanje pacijenta kao subjekta i cjelovito zbrinjavanje pacijenta [49]. Takav, sveobuhvatan i cjelovit način zbrinjavanja pacijenta smatra se temeljem za razvoj sestrinske profesije. Klasifikacija sestrinskih dijagnoza razvila se u sklopu procesa zdravstvene njega te uvelike pomaže i olakšava medicinskim sestrama/tehničarima da prepoznaju, opišu i pravilno pristupe pacijentovim problemima [102].

S obzirom na to da je institucionalizacija osoba starije životne dobi vrlo često praćena fizičkim ili doživljajnim odvajanjem pojedinca od obitelji, to posljedično može dovesti do usamljenosti, a upravo je usamljenost jedan od aspekata socijalne izolacije kao sestrinske dijagnoze koja je naše područje rada i djelovanja [49]. Medicinske sestre/tehničari, odnosno pružatelji skrbi, osobe starije životne dobi/korisnike trebale bi promatrati i uvažavati kao svoje suradnike te partnere u cjelokupnom procesu skrbi o čemu nam govori model „pacijent/korisnik u središtu skrbi“. Model „pacijent/korisnik u središtu skrbi“ utječe na smanjenje uznemirenosti u pacijenta/korisnika te povećava njihov integritet i neovisnost [103]. Hildegard Peplau smatrala je kako odnos povjerenja medicinska sestra/tehničar – pacijent/korisnik ima značajan utjecaj na sam ishod zdravstvene skrbi. Ujedno, Peplau je smatrala kako holističkim pristupom, medicinska sestra/tehničar uvelike pomaže u uspostavi kvalitetne međusobne komunikacije [104]. Kvalitetna komunikacija od iznimne je važnosti, ista poboljšava skrb za pacijenta. Medicinske sestre/tehničari koji kvalitetno komuniciraju sa svojim

pacijentima/korisnicima, točnije i sveobuhvatno lociraju njihov zdravstveni problem (u ovom slučaju usamljenost), a ujedno komunikacijske vještine medicinskih sestara/tehničara imaju važnu ulogu u postizanju većeg zadovoljstva samih pacijenata/korisnika [105].

Zaključno možemo reći kako sam partnerski odnos medicinska sestra/tehničar – pacijent/korisnik uz što bolju i kvalitetniju međusobnu komunikaciju, samom pacijentu daje aktivnu ulogu u cijelom procesu zdravstvene skrbi čime se stvaraju bolji izgledi za poboljšanje zdravstvenih ishoda. Medicinske sestre/tehničari moraju poznavati i razumjeti emocije osoba starije životne dobi kako bi im osigurale kvalitetnu zdravstvenu njegu.

6. Istraživački dio rada

6.1. Predstavljanje istraživačkog problema

U svijetu se danas još uvijek zanemaruje sve veća pojava usamljenosti u osoba starije životne dobi. Prema sustavnim pregledima literature vidljivo je kako usamljenost izrazito nepovoljno utječe na zdravstveno funkcioniranje osoba starije životne dobi. U RH do sada nema dovoljno objavljenih rezultata istraživanja o usamljenosti osoba starije životne dobi [106]. Usamljenost je stanje u kojem su prisutni izrazito negativni osjećaji povezani s percipiranom socijalnom izolacijom [44].

6.2. Svrha i ciljevi diplomskog rada

Svrha diplomskog rada jest istražiti socijalnu i emocionalnu usamljenost kod dvije skupine osoba starije životne dobi, onih koji žive u svojim kućama, odnosno domaćinstvima i onih smještenih u institucijama, odnosno domovima za starije i nemoćne osobe te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa sociodemografskim karakteristikama ispitanika.

Postavljeni su sljedeći istraživački ciljevi:

- Utvrditi razlike u doživljaju usamljenosti osoba starije životne dobi s obzirom na mjesto stanovanja (institucija/vlastito domaćinstvo).
- Utvrditi razlike u doživljaju usamljenosti s obzirom na sociodemografske karakteristike osoba starije životne dobi (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesečni dohodak, broj posjeta liječniku opće medicine, fizička aktivnost, bračni status).

6.3. Istraživačka pitanja i hipoteze

Istraživanjem se nastojalo odgovoriti na sljedeća istraživačka pitanja:

- Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti s obzirom na institucionalizirane osobe starije životne dobi i osoba starije životne dobi koje žive u svojim kućama?
- Postoji li razlika u doživljaju usamljenosti starijih osoba s obzirom na njihove sociodemografske karakteristike (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesečni dohodak, broj posjeta liječniku opće medicine, tjelesna aktivnost, bračni status)?

U istraživanju su testirane sljedeće hipoteze:

H1: Postoji povezanost doživljaja usamljenosti osoba starije životne dobi i njihovog mjesta stanovanja.

H1/a: Osobe starije životne dobi u instituciji pokazuju veću usamljenost u odnosu na one koje žive u vlastitom domaćinstvu.

H2: Postoji povezanost između sociodemografskih karakteristika i doživljaja usamljenosti osoba starije životne dobi.

H2/a: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa spolom – ženske ispitanice iskazuju veću usamljenost od ispitanika muškog spola.

H2/b: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s dobi – ispitanici iznad 85 godina iskazuju najveću razinu usamljenosti.

H2/c: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa stupnjem obrazovanja – niže obrazovani ispitanici iskazuju veću usamljenost od ispitanika s višom razinom obrazovanja.

H2/d: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s njihovim mjesečnim dohotkom – ispitanici s nižim mjesečnim dohotkom iskazuju veću usamljenost od ispitanika s višim mjesečnim dohotkom.

H2/e: : Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s brojem posjeta liječniku opće medicine – ispitanici s većim brojem posjeta

liječniku opće medicine iskazuju veću usamljenost od ispitanika koji imaju manji broj odlazaka istom.

H2/f: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa tjelesnom aktivnosti - ispitanici koji provode tjelesnu aktivnost 2 puta tjedno ili više od toga iskazuju manju usamljenost od ispitanika koji istu provode manje od toga.

H2/g: Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa bračnim statusom – ispitanici u braku iskazuju manju usamljenost od ispitanika koji su izvan braka (neudati/neoženjeni, razvedeni, udovci).

6.4. Metode istraživanja

Cilj samog istraživanja deskriptivni je, a ujedno i analitički kvantitativni pristup. Tehnika prikupljanja podataka bila je anketa, a podatci su prikupljeni s pomoću standardiziranog i za ovo istraživanje uređena sociodemografska anketna upitnika.

6.4.1. Instrument

Za dobivanje podataka u istraživanju korišten je Upitnik o socijalnoj i emocionalnoj usamljenosti osoba starije životne dobi (Prilog 1.) koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske podatke osobe starije dobi: spol, dob, stupanj obrazovanja, bračno stanje, mjesto stanovanja, vrstu domaćinstva, mjesečni dohodak, broj posjeta liječniku opće medicine, učestalost bavljenja tjelesnom aktivnošću, tjelesnu visinu i težinu, indeks tjelesne mase (ITM) te učestalost bavljenja nekim hobijem.

Drugi dio upitnika ima svrhu da se kroz 36 tvrdnji utvrdi stupanj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Kod osoba starije životne dobi korišten je standardizirani upitnik SELSA-S skala socijalne i emocionalne usamljenosti uz pisanu suglasnost za njegovo korištenje autorice doc.dr.sc. Marine Nekić. SELSA-S skala se sastoji od tri subskale kojima se zasebno ispituje usamljenost u domenama prijateljskih odnosa (subskala socijalne usamljenosti, 13 tvrdnji), odnosa s obitelji (subskala usamljenosti u obitelji, 11

tvrdnji) i ljubavnih veza (subskala usamljenosti u ljubavi, 12 tvrdnji). Sve tri subskale sadrže i pozitivno i negativno formulirane tvrdnje. Sam termin usamljenost ne spominje se ni u jednoj od njih, dok se u samoj primjeni skale ne koriste nazivi pojedinih subskala. Tvrdnje su zapravo poredane jedna za drugom te se primjenjuju kao jedinstveni instrument na način da su tvrdnje sa subskale socijalne usamljenosti redom jedna iza druge, dok se tvrdnje sa subskala usamljenosti u ljubavi i u obitelji međusobno izmjenjuju, što ujedno reflektira samu pretpostavku da se ta dva niza tvrdnji odnose zapravo na isti tip usamljenosti odnosno na emocionalnu usamljenost. Na svim subskalama ispitanik odgovara na način da procjenjuje stupanj svog slaganja, odnosno neslaganja s pojedinom tvrdnjom na skali Likertova tipa sa sedam stupnjeva. Ukupan rezultat ispitanika na pojedinim subskalama dobiva se zbrajanjem procjena koje je dao pripadajućim tvrdnjama. Veći rezultat na pojedinoj subskali pokazuje veću razinu usamljenosti [54].

6.4.2. Uzorak

U istraživanje se predviđalo uključiti oko 300 osoba starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima (150 osoba) ili institucijama za starije i nemoćne osobe u Međimurskoj županiji (150 osoba). Važno je da su osobe psihofizički i kognitivno sposobne odgovarati na pitanja koja se nalaze u upitniku. Istraživanje se provodilo od 20.02.2020. do 25.06.2020. godine.

6.4.3. Postupak skupljanja i obrade podataka

Primarni podatci svakog ispitanika prikupljeni su uz pomoć anketna upitnika. Obuhvaćena su tri doma za starije i nemoćne osobe u Međimurskoj županiji te osobe starije životne dobi koje su članovi Podružnice umirovljenika Belica. Sudjelovanje u samom istraživanju dobrovoljno je i anonimno. Anketne upitnike za osobe starije životne dobi podijelio je sam ispitivač i to onim osobama koje mogu samostalno isti ispuniti, dok kod onih

koje to ne mogu zbog određenih razloga, najčešće nekog fizičkog ograničenja, ispitivač je zapisivao odgovore umjesto samih ispitanika.

Prilikom statističke obrade samih podataka korištena je deskriptivna metoda prikaza podataka (grafički i tablični prikaz, postoci, srednje vrijednosti, mjere disperzije, asimetrije i zaobljenosti te Spearmanov koeficijent korelacije ranga), metode inferencijalne statistike (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, Mann-Whitneyev U test i Kruskal-Wallisov H test) te multivarijatne metode (analiza pouzdanosti). Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%. Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatraju se značajnima. U analizi podataka koristila se programska podrška IBM SPSS Statistics 25.

6.4.4. Etički aspekti istraživanja

Za provođenje istraživanja prethodno je dobivena pismena suglasnost Etičkog povjerenstva ustanova koje su uključene u istraživanje Međimurske županije Republike Hrvatske. Za provedbu istraživanja, kod osoba starije životne dobi koji žive u svojim kućama, odnosno članova Podružnice umirovljenika Belica dobivena je pismena suglasnost Predsjednice Podružnice umirovljenika Belica. Ujedno dobivena je i pismena suglasnost svakog ispitanika ponaosob prije samog sudjelovanja u istraživanju (Prilog 2.).

6.5. Ograničenja u istraživanju

Ograničenja u istraživanju iskazuju se već u samom početku zbog razlika u uzorku ispitanika koji žive u vlastitim domaćinstvima i onih smještenih u domovima za starije i nemoćne osobe s obzirom na dob, spol, stupanj obrazovanja i jednog od najvažnijih čimbenika, odnosno zdravstvenog stanja. Dakako, kao ograničenje pri rješavanju problema možemo navesti i sam proces anketiranja s obzirom da su ispitanici osobe starije životne dobi kojima je ispunjavanje samog upitnika predstavljalo jednu vrstu opterećenja.

Na razumijevanje i samo rješavanje upitnika dakako da utječu i psihofizička i kognitivna ograničenja osoba starije životne dobi [107]. Upravo iz tog razloga u istraživanju su sudjelovale isključivo osobe starije životne dobi koje su urednog kognitivnog i psihičkog statusa. Kod onih ispitanika kod kojih postoje fizička ograničenja ispitivač je upisivao podatke u upitnik umjesto njih samih. Kod ovakvog načina anketiranja ispitanici starije životne dobi vrlo vjerojatno zbog srama ili nelagode nisu davali u potpunosti iskrene odgovore na određena pitanja sama anketna upitnika što možemo navesti kao još jedno od ograničenja samog istraživanja.

6.6. Opis znanstvenog doprinosa istraživanja

Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi u institucijama, ali i u vlastitim domaćinstvima u RH nije puno istraživana tematika. Stoga će provedeno istraživanje i analiza same teorije o usamljenosti osoba starije životne dobi pridonijeti doprinosu znanosti socijalne gerontologije kroz utvrđivanje postojećeg stanja i u institucijama (domovima za starije i nemoćne osobe) i u vlastitim kućama (domaćinstvima). Valja naglasiti kako se sama procjena usamljenosti u praksi još uvijek ne prakticira iako je usamljenost prepoznata kao jedan od sestrinskih problema, stoga će rezultati istraživanja uvelike doprinijeti i samom radu medicinskih sestara/tehničara, odnosno omogućit će medicinskim sestrama/tehničarima bolje razumijevanje samih rizičnih faktora koji dovode do sve češće pojave usamljenosti u svijetu.

7. Rezultati

Deskriptivni podatci istraživanja

U provedenom istraživanju obuhvatile su se dvije skupine osoba starije životne dobi: osobe koje žive u instituciji 143 (48%) i osobe koje žive u svojim kućama, odnosno domaćinstvima 157 (52%).

U Tablici 7.1. prikazana je opisna statistika ispitivanih sociodemografskih karakteristika samih ispitanika. Uzorak ispitanika pretežnim dijelom obuhvaća osobe ženskog spola 212 (71%), među ispitanicima prevladava osnovna škola kao najčešći stupanj obrazovanja 173 (58%), najveći broj ispitanika su udovice/udovaci 158 (53%), dok je njih 124 (41%) u braku. Od onih ispitanika koji žive u svojim kućama, veći broj živi u domaćinstvu sa više članova 136 (87%), a manji broj ispitanika u samačkim domaćinstvima 21 (13%). Mjesečni dohodak ispitanika najčešće iznosi između 1000 kn i 2500 kn 143 (48%), a potom između 2500 i 3500 kn 99 (33%). Liječnika opće medicine ispitanici najčešće posjećuju tri do pet puta godišnje 114 (38%) ili jedan do dva puta mjesečno 110 (37%). Od 300 ispitanika većina njih 175 (58%) se bavi nekom vrstom tjelesne aktivnosti. Najčešće su to pješačenje 102 (34%) i sobna gimnastika 32 (11%), a te aktivnosti najčešće provode u nekoj ustanovi 122 (41%). Prisustvovanje religijskim obredima, bavljenje volontiranjem ili nekim hobijem prakticira svakodnevno njih 77 (26%) ili dva do tri puta tjedno, njih 140 (46%).

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Spol ispitanika:		
Muški	88	29
Ženski	212	71
Ukupno	300	100
Dob ispitanika:		
65 – 69	92	31
70 – 74	43	14
75 – 79	47	16
80 – 84	59	20
85 – 89	37	12

90 – 94	19	6
95 – 99	3	1
Ukupno	300	100
Stupanj obrazovanja:		
Nema završenu školu	14	5
Osnovna škola	173	58
Srednja škola	103	34
Visoko obrazovanje	10	3
Ukupno	300	100
Bračno stanje:		
Udana-oženjen	124	41
Neudana-neoženjen	9	3
Udovica-udovac	158	53
Razvedena-razveden	9	3
Ukupno	300	100
Mjesto stanovanja:		
Dom za starije i nemoćne	143	48
Vlastito domaćinstvo	157	52
Ukupno	300	100
Vrsta domaćinstva:		
Samačko domaćinstvo	21	13
Domaćinstvo s više članova	136	87
Ukupno	157	100
Mjesečni dohodak:		
Manje od 1000 kn	13	4
Od 1000 do 2500 kn	143	48
Od 2500 do 3500 kn	99	33
Više od 3500 kn	45	15
Ukupno	300	100
Učest.posjeta liječn.opće medic.:		
Rijetko	76	25
3 – 5 puta godišnje	114	38
1 – 2 puta mjesečno	110	37
Ukupno	300	100
Bavljenje tjelesnom aktivnošću:		
Da	175	58
Ne	125	42
Ukupno	300	100
Vrsta tjelesne aktivnosti:		
Ne bavi se tjelesnom aktivn.	125	42
Pješaćenje	102	34
Sobna gimnastika	32	11

Vožnja biciklom	14	5
Kuglanje	15	5
Ostalo	11	4
Ukupno	300	100
Učestalost tjelesne aktivnosti:		
Ne bavi se tjelesnom aktivn.	125	42
2 – 3 puta tjedno	124	41
Svakodnevno	51	17
Ukupno	300	100
Mjesto provođenja tj. aktivnosti:		
Ne bavim se tj, aktivnosti	125	42
Kod kuće	53	18
U nekoj ustanovi	122	41
Ukupno	300	100
Učestalost bavljenja religijskim akt.,volontiranjem,hobijima		
Rijetko	83	28
2 – 3 puta tjedno	140	46
Svakodnevno	77	26
Ukupno	**300**	100

Tablica 7.1: Sociodemografske karakteristike ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.2. prikazuje učestalost pojedinih odgovora na SELSA-S skali. Za frekvencije prikazane u Tablici 7.2. mogu se uočiti dva pravila:

1. Kod 23 pozitivno formulirane tvrdnje (one sa oznakom ®) najveće frekvencije su koncentrirane kod ocjene 7 (potpuno se slažem). Odstupanje od tog pravila postoji samo kod šest tvrdnji: 17, 20, 24, 27, 31 i 33.
2. Kod 13 negativno formuliranih tvrdnji (one bez oznake ®) najveće frekvencije su koncentrirane kod ocjene 1 (uopće se ne slažem). Odstupanje od tog pravila postoji samo kod dvije tvrdnje: 1 i 26.

R. b.	Tvrdnja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = donekle se ne slažem	4 = niti se slažem, niti se	5 = donekle se slažem	6 = uglavnom se 6= 6=uglavnom	7 = potpuno se slažem
1.	Ono što je meni važno ne čini se da je važno ljudima koje znam.	5	9	11	43	55	51	**126**
2.	Nemam prijatelja koji dijeli moja stajališta.	**184**	27	26	18	19	8	18
3.	Postoji krug prijatelja čiji sam ja dio. ®	7	6	16	36	43	73	**119**
4.	Moji prijatelji razumiju moje potrebe i razmišljanja. ®	7	5	17	37	49	67	**118**
5.	Uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem. ®	6	4	17	41	50	62	**120**
6.	Imam puno zajedničkog s ljudima koje poznajem. ®	6	4	19	42	41	69	**119**
7.	Imam prijatelje kojima se mogu obratiti za savjet. ®	12	3	13	43	43	62	**124**
8.	Sviđaju mi se ljudi s kojima se družim. ®	11	3	19	40	43	58	**126**
9.	Mogu računati na pomoć svojih prijatelja. ®	13	3	20	44	39	55	**126**
10.	Imam prijatelje s kojima mogu razgovarati o onome što me tišti u mom životu. ®	17	5	22	44	37	52	**123**
11.	Nemam prijatelje koji me razumiju.	**199**	20	21	14	24	12	10
12.	Nisam zadovoljan prijateljima koje imam.	**188**	28	23	16	20	15	10
13.	Imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje. ®	19	6	21	35	50	56	**113**
14.	Važan sam dio nečijeg života. ®	8	4	11	44	30	65	**138**
15.	Osjećam se sâm kad sam sa svojom obitelji.	**170**	24	31	28	20	16	11
16.	Nikome u mojoj obitelji nije stvarno stalo do mene.	**191**	24	24	30	16	3	12
17.	Imam ljubavnu vezu u kojoj s partnerom dijelim najskrovitije misli i osjećaje. ®	**135**	7	4	16	21	39	78
18.	Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga	**203**	23	16	20	18	8	12

	se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje.							
19.	Zaista mi je stalo do moje obitelji. ®	8	3	3	14	10	40	**222**
20.	Postoji netko tko želi svoj život dijeliti sa mnom. ®	**116**	9	5	24	16	24	106
21.	Osjećam da doista pripadam u svoju obitelj. ®	20	5	12	37	30	38	**158**
22.	Imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio.	**158**	17	15	26	18	36	30
23.	Želio bih da mogu reći nekome u koga sam zaljubljen da ga volim.	**185**	20	7	25	23	24	16
24.	Imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam. ®	**136**	3	5	18	24	35	79
25.	Zateknem sebe ponekad kako čeznem za nekim s kim bih dijelio svoj život.	**108**	9	7	34	35	39	68
26.	Želio bih da je mojoj obitelji više stalo do moje sreće.	81	7	15	28	39	43	**87**
27.	Zaljubljen sam u nekoga tko je također zaljubljen u mene. ®	**131**	6	10	14	21	38	80
28.	Osjećam se blizak svojoj obitelji. ®	16	3	13	35	32	44	**157**
29.	Imam nekoga tko zadovoljava moje potrebe za bliskošću. ®	81	10	16	24	28	35	**106**
30.	Osjećam se dijelom svoje obitelji. ®	13	2	17	29	35	49	**155**
31.	Postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe. ®	**87**	23	16	33	28	31	82
32.	Ni s kim u obitelji nisam blizak.	**207**	22	22	32	9	4	4
33.	U ljubavnoj sam vezi s osobom čijoj sreći ja doprinosim. ®	**128**	8	2	25	19	40	78
34.	Moja mi je obitelj važna. ®	6	-	3	9	15	52	**215**
35.	Želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva.	**140**	21	18	37	25	23	36
36.	Mojoj je obitelji doista stalo do mene. ®	6	5	7	30	38	40	**174**

Napomena: Oznaka ® je za tvrdnje koje se obrnuto boduju, Najveće frekvencije u svakom retku tablice deblje su otisnute.

Tablica 7.2: Prikaz broja odgovora na SELSA-S skali, izvor: autor I.K.

Ocjene ispitanika na SELSA-S skali su moguće između 1 i 7 tako da je vrijednost 4 u sredini. Aritmetičke sredine u Tablici 7.3. koje su manje od 4 su ispodprosječne, a one veće od 4 su nadprosječne. U pravilu pozitivno formulirane tvrdnje (one sa oznakom ®) imaju nadprosječne aritmetičke sredine, dok negativno formulirane tvrdnje (one bez oznake ®) imaju ispodprosječne aritmetičke sredine.

Razlike između ocjena pojedinih ispitanika mogu biti:

a. manje (koeficijenti varijacije ispod 30%) – takvih je 12 tvrdnji;
b. osrednje (koeficijenti varijacije između 30 i 50%) – takvih je 5 tvrdnji;
c. povećane (koeficijenti varijacije iznad 50%) – takvih je 19 tvrdnji.

Prema tome, kod najvećeg broja tvrdnji postoji povećana disperzija odnosno kod najvećeg broja tvrdnji se ispitanici međusobno dosta razlikuju (heterogeni su) po svojim ocjenama. Najmanja je disperzija kod tvrdnje 34 „Moja mi je obitelj važna“ gdje je koeficijent varijacije 17%. Najveća je disperzija kod tvrdnje 18 „Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje“ gdje je koeficijent varijacije visokih 86%, a aritmetička sredina skoro najmanja (iznosi 2,00). Inače je najmanja aritmetička sredina 1,81 kod tvrdnje 32 koja glasi „Ni s kim u obitelji nisam blizak“.

R. b.	Tvrdnja	Broj Ispitanika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.	Ono što je meni važno ne čini se da je važno ljudima koje znam.	300	5,64	1,510	27
2.	Nemam prijatelja koji dijeli moja stajališta.	300	2,19	1,847	84
3.	Postoji krug prijatelja čiji sam ja dio. ®	300	5,66	1,514	27
4.	Moji prijatelji razumiju moje potrebe i razmišljanja. ®	300	5,63	1,510	27
5.	Uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem. ®	300	5,64	1,487	26

6.	Imam puno zajedničkog s ljudima koje poznajem. ®	300	5,64	1,501	27
7.	Imam prijatelje kojima se mogu obratiti za savjet. ®	300	5,61	1,593	28
8.	Sviđaju mi se ljudi s kojima se družim. ®	300	5,60	1,609	29
9.	Mogu računati na pomoć svojih prijatelja. ®	300	5,54	1,667	30
10.	Imam prijatelje s kojima mogu razgovarati o onome što me tišti u mom životu. ®	300	5,42	1,772	33
11.	Nemam prijatelje koji me razumiju.	300	2,07	1,766	85
12.	Nisam zadovoljan prijateljima koje imam.	300	2,12	1,773	84
13.	Imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje. ®	300	5,37	1,777	33
14.	Važan sam dio nečijeg života. ®	300	5,77	1,520	26
15.	Osjećam se sâm kad sam sa svojom obitelji.	300	2,32	1,823	79
16.	Nikome u mojoj obitelji nije stvarno stalo do mene.	300	2,04	1,663	82
17.	Imam ljubavnu vezu u kojoj s partnerom dijelim najskrovitije misli i osjećaje. ®	300	3,70	2,650	72
18.	Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje.	300	2,00	1,724	86
19.	Zaista mi je stalo do moje obitelji. ®	300	6,41	1,309	20
20.	Postoji netko tko želi svoj život dijeliti sa mnom. ®	300	4,04	2,682	66
21.	Osjećam da doista pripadam u svoju obitelj. ®	300	5,66	1,819	32
22.	Imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio.	300	2,86	2,273	79
23.	Želio bih da mogu reći nekome u koga sam zaljublj.da ga volim.	300	2,39	2,034	85
24.	Imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam. ®	300	3,71	2,644	71
25.	Zateknem sebe ponekad kako čeznem za nekim s kim bih dijelio svoj život.	300	3,89	2,464	63
26.	Želio bih da je mojoj obitelji više stalo do moje sreće.	300	4,38	2,400	55
27.	Zaljubljen sam u nekoga tko je također zaljubljen u mene. ®	300	3,74	2,641	71
28.	Osjećam se blizak svojoj obitelji. ®	300	5,75	1,710	30
29.	Imam nekoga tko zadovoljava moje potrebe za bliskošću. ®	300	4,46	2,484	56
30.	Osjećam se dijelom svoje obitelji. ®	300	5,79	1,639	28
31.	Postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe. ®	300	4,04	2,440	60
32.	Ni s kim u obitelji nisam blizak.	300	1,81	1,406	78

33.	U ljubavnoj sam vezi s osobom čijoj sreći ja doprinosim. ®	300	3,77	2,619	69
34.	Moja mi je obitelj važna. ®	300	6,48	1,120	17
35.	Želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva.	300	3,00	2,241	75
36.	Mojoj je obitelji doista stalo do mene. ®	300	6,02	1,446	24

Napomena: oznaka ® je za tvrdnje koje se obrnuto boduju

Tablica 7.3: Učestalost odgovora na SELSA-S skali, izvor: autor I.K.

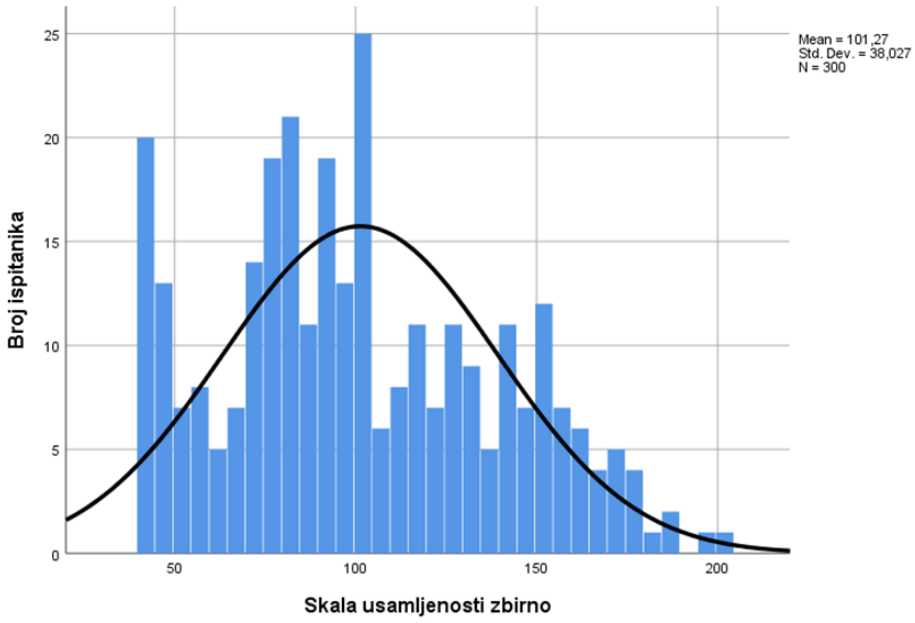
Tablica 7.4. prikazuje deskriptivne pokazatelje za pojedine subskale. Možemo zaključiti da su distribucije vrijednosti na ukupnoj skali usamljenosti kao i na pojedinim subskalama vrlo asimetrične što se lako vidi iz veće razlike koja postoji između aritmetičke sredine i moda. Disperzija im je povećana budući da su koeficijenti varijacije oko 50%. U cjelini se može zaključiti iz Kolmogorov-Smirnov testa da se te distribucije znatno razlikuju od normalne distribucije. Naime, sve su P vrijednosti manje od 0,05 pa na osnovu toga zaključujemo da niti jedna od navedene četiri distribucije nije slična normalnoj. To onda znači da kod primjene inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametrijske već samo neparametrijske testove.

Karakteristika distribucije	**Vrijednost na podskali**			**Vrijedn. na skali usamlj.**
	socijalna usamljen.	usamlj.u ljubavi	usamlj.u obitelji	
Srednje vrijednosti:				
aritmetička sredina	33,9	42,9	24,4	101,3
Medijan	29,0	47,0	20,0	96,0
Mod	19,0	12,0	11,0	42,0
donji kvartil	20,0	26,3	15,0	75,0
gornji kvartil	42,7	56,7	33,7	130,5
Mjere disperzije:				
najmanja vrijednost	18	12	11	42
najveća vrijednost	85	81	77	202
standardna devijacija	15,33	19,07	12,81	38,03
koeficijent varijacije	45%	44%	52%	38%
Mjera asimetrije:				
Skewness	1,12	-0,15	1,06	0,33

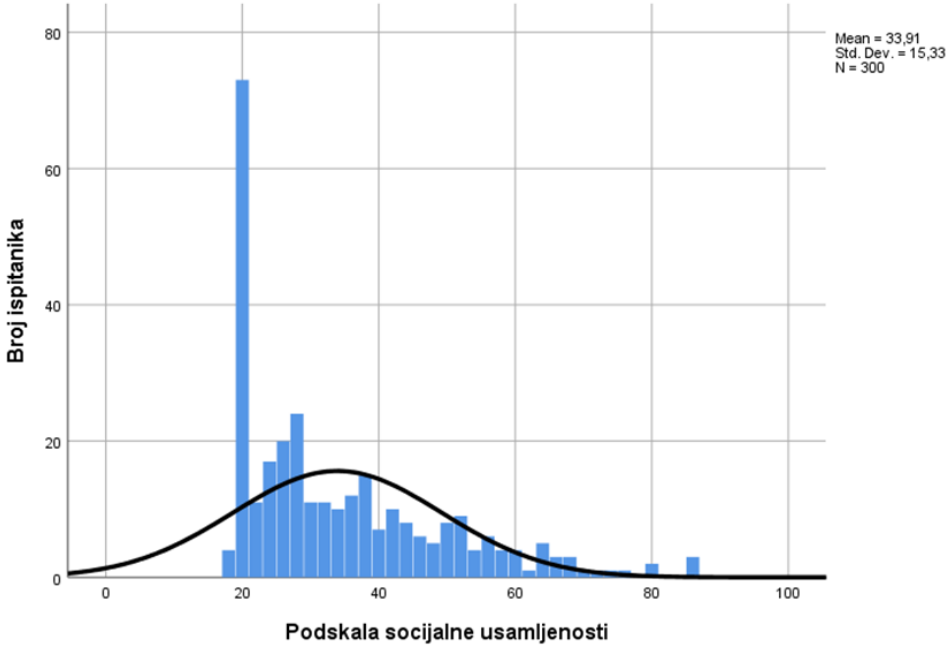
Mjera zaobljenosti:				
Kurtosis	0,70	-1,07	0,81	-0,67
Kolmogorov-Smirnovljev test:				
z vrijednost u testu	0,152	0,102	0,155	0,078
p vrijednost u testu	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
normalnost distribucije	Ne	Ne	Ne	Ne

Tablica 7.4: Deskriptivni pokazatelji za pojedine subskale, izvor: autor I.K.

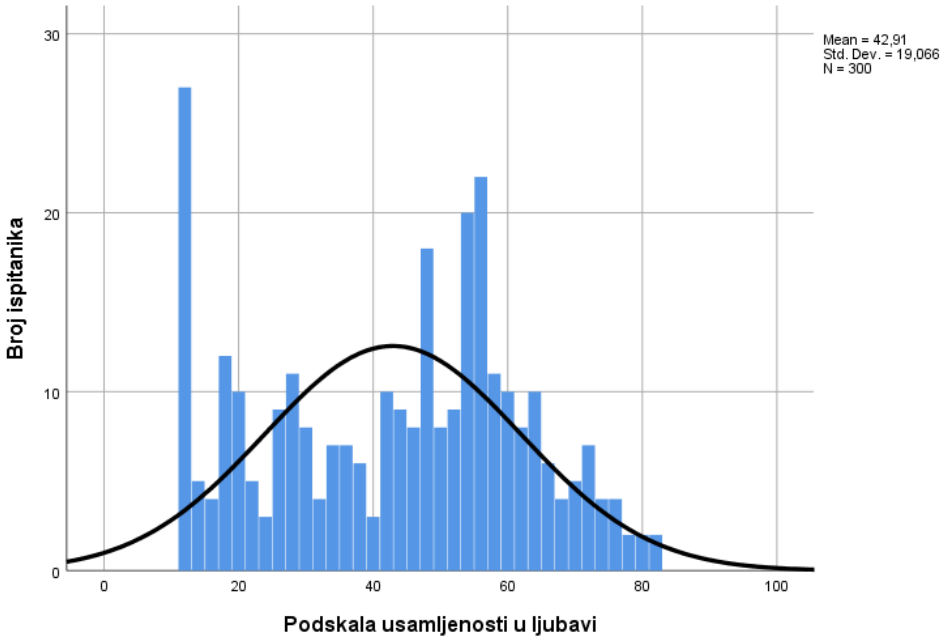
Distribucije vrijednosti na ukupnoj skali usamljenosti i na pojedinim subskalama grafički su prikazane sa četiri histograma (Graf 7.1, Graf 7.2, Graf 7.3 i Graf 7.4) u koje je ucrtana normalna krivulja. Na sva četiri histograma se vidi da znatan broj ispitanika postoji kod nižih vrijednosti, tj. kod manje izražene ukupne usamljenosti (Graf 7.1), socijalne usamljenosti (Graf 7.2), usamljenosti u ljubavi (Graf 7.3) odnosno usamljenosti u obitelji (Graf 7.4). Osobito je to izraženo kod subskale socijalne usamljenosti i kod subskale usamljenosti u obitelji. Ova karakteristika tih četiriju distribucija vidi se i iz Tablice 7.4. usporedbom aritmetičke sredine i moda koje se jako razlikuju.



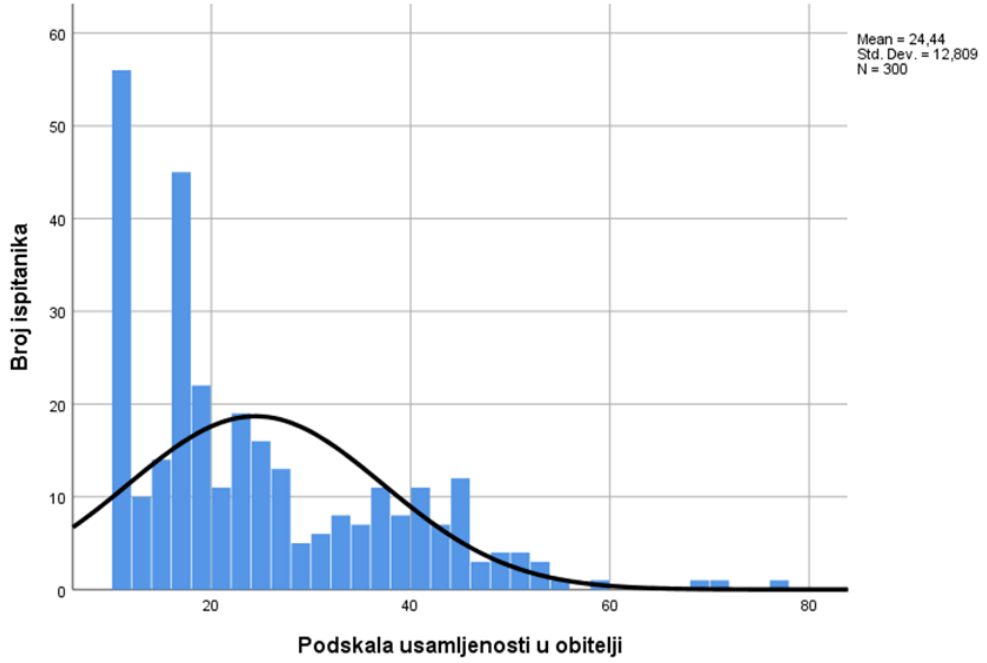
Graf 7.1: Prikaz distribucije vrijednosti na ukupnoj skali usamljenosti pomoću histograma sa ucrtanom normalnom krivuljom, izvor: autor I.K.



Graf 7.2: Prikaz distribucije vrijednosti na subskali socijalne usamljenosti pomoću histograma sa ucrtanom normalnom krivuljom, izvor: autor I.K.



Graf 7.3: Prikaz distribucije vrijednosti na subskali usamljenosti u ljubavi pomoću histograma sa ucrtanom normalnom krivuljom, izvor: autor I.K.



Graf 7.4: Prikaz distribucije vrijednosti na subskali usamljenosti u obitelji pomoću histograma sa ucrtanom normalnom krivuljom, izvor: autor I.K.

ITM predstavlja odnos tjelesne težine (Wt) i tjelesne visine (Ht), dok sama formula glasi: *ITM = Wt (kg) / Ht^2 (m)* [108]. Prema ITM-u razlikujemo stanje izrazite pothranjenosti (ITM<18,5), potencijalna pothranjenost (ITM 18,5-20), normalna tjelesna masa (ITM 20-25), prekomjerna tjelesna masa (ITM 25-30), pretilost (pretilost I. stupanj; ITM 30-35), opasna pretilost (pretilost II. stupnja; ITM 35-40) te morbidnu pretilost (pretilost III. stupnja; ITM 40-45) [109]. Od ukupnog broja ispitanika samo 1 ispitanik (0,3%) je izrazito pothranjen, 2 ispitanika (0,7%) su potencijalno pothranjeni, dok normalnu tjelesnu masu ima 78 (26,0%) ispitanika. Prekomjernu tjelesnu masu ima 120 (40%) ispitanika, I. stupanj pretilosti ima 73 (24,3%) ispitanika, 18 (6,0%) ispitanika ima II. stupanj pretilosti, dok III. stupanj pretilosti ima 8 (2,7%) ispitanika. Rezultati su prikazani u Tablici 7.5.

Stupanj uhranjenosti	Broj ispitan.	% ispitan.
Izrazita pothranjenost	1	0,3
Potencijalna pothranjenost	2	0,7
Normalna tjelesna masa	78	26,0
Prekomjerna tjelesna masa	120	40,0
Pretilost (I. stupnja)	73	24,3
Opasna pretilost (II. stupnja)	18	6,0
Morbidna pretilost (III. stupnja)	8	2,7
Ukupno	300	100,0

Tablica 7.5. Ispitanici klasificirani prema indeksu tjelesne mase, izvor: autor I.K.

Tablica 7.6. prikazuje deskriptivne pokazatelje za dob ispitanika i za indeks tjelesne mase. Životna dob ispitanika varira između 65 godina i 99 godina, prosječno iznosi 76,6 godina dok je medijan 76, a mod 66 godina. Prosječno odstupanje od prosjeka (standardna devijacija) iznosi 8,3 godine odnosno 11% što znači da se radi o relativno homogenoj skupini ispitanika s obzirom na dob. ITM varira između 18,1 i 49,2 te prosječno iznosi 28,6 dok je medijan 27,8 a mod 27,3. Prosječno odstupanje od prosjeka (standardna devijacija) iznosi 4,7 odnosno 16% što znači da se i ovdje radi o relativno homogenoj skupini ispitanika.

Pokazatelj	Životna dob	Indeks tjelesne mase
aritmetička sredina	76,6	28,6
Medijan	76	27,8
Mod	66	27,3
najmanja vrijednost	65	18,1
najveća vrijednost	99	49,2
standardna devijacija	8,266	4,669

koeficijent varijacije	11%	16%

Tablica 7.6. Deskriptivni pokazatelji za dob ispitanika i za indeks tjelesne mase, izvor: autor I.K.

Za potrebe analize pouzdanosti 23 tvrdnje su rekodirane budući da su te tvrdnje izrečene u negativnom obliku. Nakon toga je izvedena analiza pouzdanosti (Reliability Analysis) triju subskala sa 13, 12, odnosno 11 tvrdnji. Ta je analiza napravljena alfa modelom po pojedinim skupinama varijabli (po pojedinim subskalama), a njeni rezultati su prikazani u Tablici 7.7. Odgovori na pojedine tvrdnje međusobno su dobro usklađeni na pojedinim subskalama. Pouzdanost subskala je dobra odnosno visoka.

Rb.	Skupina varijabli	Broj tvrdnji na skali	Broj ispit. n	Koef. pouzd. A	Pouzdanost je
1.	Tvrdnje o socijalnoj usamljenosti	13	300	0,92	visoka
2.	Tvrdnje o usamljenosti u ljubavi	12	300	0,88	dobra
3.	Tvrdnje o usamljenosti u obitelji	11	300	0,89	dobra

Tablica 7.7. Rezultati analize pouzdanosti po subskalama, izvor: autor I.K.

Inferencijalni podatci istraživanja

Korištene su dvije metode, dvije vrste testova: Mann-Whitneyev U test (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisov H test (za varijable sa tri ili više kategorija). Za potrebe ove analize obavljeno je spajanje kategorija pojedinih nezavisnih varijabli kao i isključivanje kategorija sa malim frekvencijama. Konkretno:

a. Dob je iskazana u sedam petogodišnjih dobnih grupa (Tablica 7.8), ali je to još sažeto u samo dvije skupine ispitanika: onih do 84 godine i onih sa 85 i više godina.

b. Stupnjevi obrazovanja su umjesto u četiri grupe iskazani samo u dvije: OŠ i SŠ, tj. isključeno je 14 osoba bez škole i 10 osoba sa visokim obrazovanjem.
c. Bračno stanje je svedeno na samo dvije grupe: u braku i izvan braka (neoženjeni, razvedeni i udovci).
d. Mjesečni dohodak je iskazan u tri grupe, jer je 13 ispitanika sa prihodom manjim od 1000 kn isključeno iz analize zbog male frekvencije.

Na osnovu rezultata u Tablici 7.8. mogu se donijeti sljedeći zaključci:

1. Socijalna usamljenost statistički je značajno različita kod osoba starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima u odnosu na osobe smještene u domovima za starije i nemoćne ($p = 0,002$). Socijalnu usamljenost pokazuju znatno više osobe starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima ($164,95 > 134,64$).
2. Usamljenost u ljubavi statistički je značajno različita kod osoba starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima u odnosu na osobe smještene u domovima za starije i nemoćne ($p < 0,001$). Ovu vrstu usamljenost pokazuju znatno više osobe starije životne dobi smještene u domovima za starije i nemoćne ($132,93< 169,79$).
3. Usamljenost u obitelji statistički je značajno različita kod osoba starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima u odnosu na osobe smještene u domovima za starije i nemoćne ($p < 0,001$). Ovu vrstu usamljenosti pokazuju znatno više osobe koje žive u vlastitim domaćinstvima ($176,67> 121,77$).
4. Ne postoji statistički značajna razlika u razini usamljenosti kod osoba starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima u odnosu na osobe smještene u domovima za starije i nemoćne ($p = 0,950$).

Prva hipoteza u ovom radu glasi: “Postoji povezanost doživljaja usamljenosti osoba starije životne dobi i njihovog mjesta stanovanja“. Na

osnovu prva tri zaključka u opisanim testovima može se konačno zaključiti da se ova hipoteza prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U vrijedn.	z vrijedn.	p[1)]
1.	Subskala socijalne	vlast.domać.	157	164,95			
	Usamljenosti	dom za starije	143	134,64	8957	-3,039	**0,002****
2.	Subskala usamljenosti u	vlast.domać.	157	132,93			
	Ljubavi	dom za starije	143	169,79	8467	-3,678	**<0,001*****
3.	Subskala usamljenosti u	vlast.domać.	157	176,67			
	Obitelji	dom za starije	143	121,77	7116	-5,498	**<0,001*****
4.	Ukupna skala	vlast.domać.	157	150,80			
	Usamljenosti	dom za starije	143	150,17	11178	-0,063	0,950

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.8: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika, izvor: autor I.K.

Svi rezultati navedeni u Tablici 7.9. sugeriraju samo jedan zaključak: postoji statistički značajna razlika u razini osjećaja usamljenosti osoba muškog spola u odnosu na osobe ženskog spola ($p < 0,05$). Osobe muškog spola taj osjećaj imaju značajno manji u odnosu na osobe ženskog spola, kako kod socijalne usamljenosti ($p = 0,035$), tako i kod usamljenosti u ljubavi ($p < 0,001$), usamljenosti u obitelji ($p = 0,027$) i ukupne usamljenosti ($p < 0,001$).

Hipoteza H2a je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa spolom – ženske ispitanice iskazuju veću usamljenost od ispitanika muškog spola.“ Na osnovu opisanih rezultata može se zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Sredine Rangova	U vrijed.	Z vrijed.	p[1)]
1.	Subskala socijalne	Muški	88	134,19			
	Usamljenosti	Ženski	212	157,27	7892	-2,110	**0,035***
2.	Subskala usamlj.u	Muški	88	109,02			
	Ljubavi	Ženski	212	167,72	5678	-5,339	**<0,001*****
3.	Subskala usamlj.u	Muški	88	133,38			
	Obitelji	Ženski	212	157,61	7821	-2,212	**0,027***
4.	Ukupna skala	Muški	88	112,52			
	Usamljenosti	Ženski	212	166,27	5985	-4,887	**<0,001*****

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.9: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na podskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na spol ispitanika, izvor: autor I.K.

U Tablici 7.10. prikazani su rezultati analize U testa koji upućuju na sljedeća dva zaključka:

1. Ne postoji statistički značajna razlika u osjećaju socijalne usamljenosti i usamljenosti u obitelji kod osoba što su mlađe od 85 godina u odnosu na osobe starije od 85 godina (p = 0,238 odnosno p = 0,327).
2. Postoji statistički značajna razlika u osjećaju usamljenosti u ljubavi i ukupnoj usamljenosti kod osoba što su mlađe od 85 godina u odnosu na osobe starije od 85 godina (p = 0,002 odnosno p = 0,017). Osobe starije od 85 godina te osjećaje imaju intenzivnije (142,79 < 182,00 kao i 144,59 < 174.64).

Hipoteza H2b je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s dobi – ispitanici iznad 85 godina iskazuju veću razinu usamljenosti.“ Ona se prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U vrijed.	z vrijed.	p[1)]
1.	Subskala socijalne	65-84 godine	241	147,59			
	usamljenosti	85 i više god.	59	162,37	6409	-1,180	0,238
2.	Subskala usamlj.u	65-84 godine	241	142,79			
	Ljubavi	85 i više god.	59	182,00	5251	-3,114	**0,002****
3.	Subskala usamlj.u	65-84 godine	241	152,92			
	Obitelji	85 i više god.	59	140,61	6526	-0,981	0,327
4.	Ukupna skala	65-84 godine	241	144,59			
	usamljenosti	85 i više god.	59	174,64	5685	-2,385	**0,017***

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.10: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na dob ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.11. prikazuje rezultate usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti pomoću Mann-Whitneyevog U testa s obzirom na dvije obrazovne grupe ispitanika. Rezultati analize U testom upućuju na sljedeća dva zaključka:

1. Ne postoji statistički značajna razlika u osjećaju usamljenosti u obitelji kod osoba što su završile osnovnu školu u odnosu na osobe sa završenom srednjom školom (p = 0,085).
2. Postoji statistički značajna razlika u osjećaju socijalne usamljenosti, usamljenosti u ljubavi i ukupnoj usamljenosti kod osoba što su završile osnovnu školu u odnosu na osobe sa završenom srednjom školom (p = 0,011 odnosno p < 0,001

odnosno $p < 0,001$). Osobe sa završenom srednjom školom osjećaju manju usamljenost u odnosu na osobe sa završenom osnovnom školom. Svagdje je sredina rangova veća kod osnovne škole, a manja kod srednje škole.

Hipoteza H2c je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa stupnjem obrazovanja – niže obrazovani ispitanici iskazuju veću usamljenost od ispitanika s višom razinom obrazovanja.“ Premda hipoteza nije potvrđena kod usamljenosti u obitelji, ipak treba na kraju zaključiti da se ova hipoteza prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U vrijed.	z vrijed.	p[1)]
1.	Subskala socijalne	osnovna škola	173	147,92			
	Usamljenosti	srednja škola	103	122,67	7279	-2,555	**0,011***
2.	Subskala usamlj.u	osnovna škola	173	151,46			
	Ljubavi	srednja škola	103	116,74	6668	-3,497	**<0,001*****
3.	Subskala usamlj.u	osnovna škola	173	144,86			
	Obitelji	srednja škola	103	127,82	7809	-1,721	0,085
4.	Ukupna skala	osnovna škola	173	151,72			
	Usamljenosti	srednja škola	103	116,30	6622	-3,567	**<0,001*****

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.11: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na obrazovanje ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.12. prikazuje rezultate usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti pomoću Kruskal-

Wallisovog H testa s obzirom na tri dohodovne grupe ispitanika. Rezultati analize H testom upućuju na sljedeća dva zaključka:

1. Ne postoji statistički značajna razlika u osjećaju socijalne usamljenosti (p = 0,686), usamljenosti u ljubavi (p = 0,499) i ukupne usamljenosti (p = 0,448) kod osoba što imaju različite grupe mjesečnih prihoda.
2. Postoji statistički značajna razlika u osjećaju usamljenosti u obitelji kod osoba što imaju različite svote mjesečnih prihoda (p = 0,019). Osobe sa najnižim prihodima (1000-2500 kn) imaju najjači osjećaj usamljenosti u obitelji dok osobe sa najvišim prihodima (više od 3500 kn) imaju najslabiji osjećaj usamljenosti u obitelji (156,88 > 135,88 > 120,93).

Hipoteza H2d je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s njihovim mjesečnim dohotkom – ispitanici s nižim mjesečnim dohotkom iskazuju veću usamljenost od ispitanika s višim mjesečnim dohotkom.“ Kako se pokazalo H testovima postoji statistički značajna razlika samo na subskali usamljenosti u obitelji. Stoga treba konačno zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Sredine Rangova	H vrijedn.	df	p[1)]
1.	Subskala socijalne	1000 - 2500kn	143	146,32			
	usamljenosti	2500 - 3500 kn	99	145,07			
		više od 3500kn	45	134,28	0,754	2	0,686
2.	Subskala usamlj.u	1000 - 2500 kn	143	145,03			
	Ljubavi	2500 - 3500 kn	99	137,57			
		više od 3500 kn	45	154,87	1,390	2	0,499

3.	Subskala usamlj.u	1000 - 2500 kn	143	156,88			
	Obitelji	2500 - 3500 kn	99	135,88			
		više od 3500 kn	45	120,93	7,931	2	**0,019***
4.	Ukupna skala	1000 - 2500 kn	143	150,22			
	Usamljenosti	2500 - 3500 kn	99	137,92			
		više od 3500 kn	45	137,60	1,604	2	0,448

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.12: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na mjesečni dohodak ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.13. prikazuje rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti pomoću Kruskal-Wallisovog H testa s obzirom na broj posjeta liječniku opće medicine od strane ispitanika. Rezultati H testa navode na dva zaključka:

1. Ispitanici se statistički značajno ne razlikuju s obzirom na osjećaj socijalne usamljenosti (p = 0,910) kao i s obzirom na osjećaj usamljenosti u obitelji (p = 0,126) kod usporedbe triju grupa ispitanika: onih koji rijetko posjećuju liječnika, onih koji liječnika posjećuju 3 – 5 puta godišnje i onih koji ih češće posjećuju (1-2 puta mjesečno).
2. Ispitanici se statistički značajno razlikuju s obzirom na osjećaj usamljenosti u ljubavi (p = 0,017) kao i s obzirom na ukupni osjećaj usamljenosti (p = 0,043) kod usporedbe triju grupa ispitanika: onih koji rijetko posjećuju liječnika opće medicine, onih koji liječnika opće medicine posjećuju 3 – 5 puta godišnje i onih koji ih češće posjećuju (1-2 puta mjesečno). Ispitanici koji

češće posjećuju liječnika opće medicine imaju jače izražen osjećaj usamljenosti u ljubavi kao i ukupni osjećaj usamljenosti (139,02<140,00<169,32 odnosno 140,87<140,96<167,04).

Hipoteza H2e je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je s brojem posjeta liječniku opće medicine – ispitanici s većim brojem posjeta liječniku opće medicine iskazuju veću usamljenost od ispitanika koji imaju manji broj odlazaka liječniku.“ Kako je opisanim testovima dokazana ova hipoteza kod ukupne usamljenosti kao i kod usamljenosti u ljubavi ona se prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine Rangova	H vrijedn.	df	p[1)]
1.	Subskala socijalne	Rijetko	76	147,78			
	Usamljenosti	3-5 puta god.	114	149,74			
		1-2 puta mjes.	110	153,17	0,190	2	0,910
2.	Subskala usamlj.u	Rijetko	76	139,02			
	Ljubavi	3-5 puta god.	114	140,00			
		1-2 puta mjes.	110	169,32	8,190	2	**0,017***
3.	Subskala usamlj.u	Rijetko	76	139,76			
	Obitelji	3-5 puta god.	114	145,06			
		1-2 puta mjes.	110	163,55	4,137	2	0,126
4.	Ukupna skala	Rijetko	76	140,87			
	Usamljenosti	3-5 puta god.	114	140,96			
		1-2 puta mjes.	110	167,04	6,314	2	**0,043***

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.13: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na broj posjeta liječniku od strane ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.14. prikazuje rezultate usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti pomoću Kruskal-Wallisovog H testa s obzirom na učestalost tjelesne aktivnosti ispitanika. Rezultati H testa upućuju na sljedeće zaključke:

1. Ispitanici se statistički značajno ne razlikuju s obzirom na osjećaj usamljenosti u ljubavi ($p = 0,459$) kod usporedbe triju grupa ispitanika: onih koji ne vježbaju, onih koji vježbaju 2-3 puta tjedno i onih koji vježbaju svakodnevno.
2. Ispitanici se statistički značajno razlikuju s obzirom na osjećaj socijalne usamljenosti ($p < 0,001$), s obzirom na osjećaj usamljenosti u obitelji ($p < 0,001$) kao i s obzirom na ukupni osjećaj usamljenosti kod usporedbe triju grupa ispitanika. Oni koji ne vježbaju imaju te osjećaje najjače izražene za razliku od onih koji vježbaju svakodnevno koji te osjećaje imaju najslabije izražene.

Hipoteza H2f glasi: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa tjelesnom aktivnosti - ispitanici koji provode tjelesnu aktivnost 2 puta tjedno ili više od toga iskazuju manju usamljenost od ispitanika koji istu provode manje od toga.“ S obzirom na navedena dva zaključka ova se hipoteza prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine Rangova	H vrijedn.	df	p[1)]
1.	Subskala socijalne	ne vježba	125	175,90			
	Usamljenosti	2-3 puta tjedno	124	136,62			
		Svakodnevno	51	122,00	19,610	2	**<0,001*** **
2.	Subskala usamlj.u	ne vježba	125	157,85			
	Ljubavi	2-3 puta tjedno	124	144,71			
		Svakodnevno	51	146,55	1,557	2	0,459
3.	Subskala usamlj.u	ne vježba	125	175,88			

	Obitelji	2-3 puta tjedno	124	135,90			
		svakodnevno	51	123,80	19,199	2	**<0,001*** **
4.	Ukupna skala	ne vježba	125	172,24			
	Usamljenosti	2-3 puta tjedno	124	135,49			
		svakodnevno	51	133,72	13,479	2	**0,001*** **

Napomena: [1)] * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.14: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na učestalost tjelesne aktivnosti ispitanika, izvor: autor I.K.

Tablica 7.15. prikazuje rezultate usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti pomoću Mann-Whitneyevog U testa s obzirom na bračni status ispitanika. Rezultati analize U testom upućuju na sljedeća dva zaključka:

1. Ne postoji statistički značajna razlika u osjećaju usamljenosti u obitelji kod osoba što su u braku u odnosu na te osjećaje kod osoba što su izvan braka ($p = 0,191$).
2. Postoji statistički značajna razlika u osjećaju socijalne usamljenosti ($p = 0,004$), usamljenosti u ljubavi ($p < 0,001$) i ukupnoj usamljenosti ($p < 0,001$) kod osoba što su u braku u odnosu na osobe što su izvan braka. starije od 85 godina ($p = 0,002$ odnosno $p = 0,017$). Osobe izvan braka te osjećaje usamljenosti imaju intenzivnije od osoba što su u braku.

Hipoteza H2g je glasila: „Usamljenost osoba starije životne dobi povezana je sa njihovim bračnim stanjem – osobe izvan braka iskazuju veću usamljenost od osoba u braku.“ S obzirom na ove zaključke iznesena se hipoteza prihvaća.

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup Ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U vrijedn.	z vrijedn.	p[1)]
1.	Subskala socijalne	u braku	124	133,28			
	usamljenosti	izvan braka	176	162,63	8777	-2,902	**0,004***
2.	Subskala usamlj.u	u braku	124	80,26			
	Ljubavi	izvan braka	176	199,99	2202	-11,779	**<0,001*****
3.	Subskala usamlj.u	u braku	124	142,73			
	Obitelji	izvan braka	176	155,97	9948	-1,307	0,191
4.	Ukupna skala	u braku	124	101,85			
	usamljenosti	izvan braka	176	184,78	4879	-8,156	**<0,001*****

Napomena: 1) * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 7.15: Rezultati usporedbe medijana za tvrdnje na subskalama usamljenosti i na ukupnoj skali usamljenosti s obzirom na bračni status ispitanika, izvor: autor I.K.

Narednu skupinu rezultata analize čine bivarijatni Spearmanovi koeficijenti korelacije (rs). Navedeni koeficijenti korelacije mogu biti statistički značajni ($p < 0,05$) ili ne ($p > 0,05$). Ako su statistički značajni onda utvrđena povezanost ne vrijedi samo u promatranom uzorku nego vrijedi i za čitavu populaciju (osnovni skup). U ovom je istraživanju izdvojeno pet omjernih varijabli. Zbog nepostojanja sličnosti navedenih distribucija sa normalnom distribucijom nije moguće koristiti parametrijski Pearsonov koeficijent korelacije pa je izračunato 10 Spearmanovih koeficijenata korelacije koji su prikazani u korelacijskoj matrici (Tablica 7.16). Od 10 koeficijenata korelacije: četiri koeficijenta pokazuju slabiju povezanost (sva četiri se odnose na povezanost godina života sa drugim varijablama), a iznose od -0,15 do 0,28); tri koeficijenta pokazuju osrednju povezanost (0,43 do 0,58) – u sva tri slučaja se radi o povezanosti subskala međusobno; tri koeficijenta pokazuju jaču povezanost (0,74 do 0,85) - u sva tri slučaja se radi o povezanosti ukupne skale usamljenosti sa tri subskale usamljenosti; samo jedan koeficijent pokazuje povezanost koja nije statistički značajna dok ostalih devet koeficijenata pokazuju da se radi o statistički značajnoj povezanosti; samo jedan koeficijent korelacije je negativan dok je ostalih devet pozitivnih.

	Varijable	S1	S2	S3	S4	GŽ
S1	Subskala socijalne usamljenosti	1	**0,43****	**0,58****	**0,78****	0,002
S2	Subskala usamljenosti u ljubavi		1	**0,47****	**0,85****	**0,28****
S3	Subskala usamljenosti u obitelji			1	**0,74****	**-0,15****
S4	Ukupna skala usamljenosti				1	**0,14***
GŽ	Godine života					1

Napomene: n = broja parova vrijednosti; * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; Koeficijenti korelacije koji pokazuju statistički značajnu povezanost u tabeli su deblje otisnuti.

Tablica 7.16: Spearmanovi koeficijenti korelacije, izvor: autor I.K.

8. Rasprava

Usamljenost osoba starije životne u današnjem društvu dobiva vrlo malo pozornosti. Prema sustavnim pregledima literature vidljivo je da usamljenost izrazito nepovoljno utječe na zdravstveno funkcioniranje osoba starije životne dobi. Dosadašnja, ali ujedno i ne tako brojna svjetska istraživanja proučavala su utjecaj usamljenosti na zdravstveno funkcioniranje osoba starije životne dobi te su povezivala njihove sociodemografske karakteristike (dob, spol, bračno stanje, stupanj obrazovanja, socioekonomski status, mjesto stanovanja) sa usamljenosti, međutim, u RH razmjerno je mali broj istraživanja provedenih na tu tematiku [44]. Sam nedostatak stručne literature na ovu tematiku daje dojam da je usamljenost u osoba starije životne dobi minimalno prisutna i u osoba koje žive u instituciji (domu za starije i nemoćne osobe) i u osoba koje žive u svojim kućama (domaćinstvima).

U provedenom istraživanju obuhvatile su se dvije skupine osoba starije životne dobi: osobe koje žive u instituciji (u domu za starije i nemoćne osobe) i osobe koje žive u svojim kućama (domaćinstvima), njihove sociodemografske karakteristike (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesečni dohodak, učestalost posjeta liječniku opće medicine, tjelesna aktivnost, bračni status), njihov doživljaj usamljenosti i povezanost svih varijabli.

S obzirom na istraživanja koja su dosad provedena, pretpostavili smo kako su osobe starije životne dobi u instituciji (u domu za starije i nemoćne osobe) usamljenije u odnosu na osobe koje žive u svojim kućama (domaćinstvima). No, provedeno istraživanje dalo je nešto drugačije rezultate, odnosno statistički značajna razlika između dvije skupine ispitanika pokazala se kod usamljenosti u obitelji i socijalnoj usamljenosti kod osoba starije životne dobi koji žive u svojim kućama, dok se statistički značajna razlika u obje skupine ispitanika u doživljaju usamljenosti u ljubavi pokazala kod institucionaliziranih ispitanika, odnosno onih smještenih u domovima za starije i nemoćne osobe (Tablica 7.8). Međutim, ne postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini usamljenosti kod osoba starije životne dobi što žive u svojim kućama u odnosu na osobe starije životne dobi što žive u domovima za starije i nemoćne. Rezultati previše ne iznenađuju zbog toga što su u

istraživanje bili uključeni domovi za starije i nemoćne osobe koji svojim uvjetima i opremom osobama starije životne dobi nastoje pružati osjećaj sigurnosti kakav bi imale u svojoj kući. Brajković navodi kako se samim odlaskom osobe starije životne dobi u dom za starije i nemoćne, može javiti osjećaj usamljenosti u ljubavi. Ujedno, Brajković navodi kako osobe starije životne dobi koje žive u domovima za starije i nemoćne pokazuju veći stupanj usamljenosti od osoba koje žive u svojim kućama, a kao razlog navodi obitelj kao glavni izvor socijalne podrške u osoba starije životne dobi [4]. Autori Lovreković i Leutar smatraju kako smještaj osobe starije životne dobi u dom za starije i nemoćne u njoj budi osjećaj nezadovoljstva i pojačana stresa [11]. Međutim, kakav će se osjećaj javiti u samoj osobi ovisi o njezinoj sposobnosti prilagođavanja novonastaloj situaciji, stavu nje same, ali i stavu njezine okoline (obitelji, prijatelja), te ono što je važno naglasiti jest kako ti osjećaji ne moraju nužno biti negativni [4].

Opisna statistika sociodemografskih karakteristika ispitanih u osoba starije životne dobi koje su bile uključene u istraživanje (N=300) ukazuje da je većina ispitanika ženskog spola: 212 (71%), najveći broj ispitanika je u dobi od 65. do 69. godine života, njih 92 (31%), dok je najmanje onih starijih od 95 godina, odnosno 3 (1%).

Upravo su ispitanice ženskog spola iskazale veću razinu usamljenosti u odnosu na ispitanike muškog spola, kako kod socijalne usamljenosti, tako i kod usamljenosti u ljubavi i usamljenosti u obitelji (Tablica 7.9). Cacioppo i sur. utvrdili su kako je usamljenost češća u osoba ženskog spola u odnosu na one muškog spola [51]. Također, Fowler i Christakis proveli su istraživanje čiji su rezultati isto tako pokazali kako je usamljenost češća u žena u odnosu na muškarce [50]. Rezultati istraživanja provedenog u RH pokazalo je isto tako da su žene usamljenije u odnosu na muškarce [52]. Navedene rezultate možemo objasniti tako da su osobe ženskog spola otvorenije i slobodnije u izražavanju svojih osjećaja u odnosu na osobe muškog spola u istraživanjima.

Što se tiče dobi, najveću razinu usamljenosti pokazali su ispitanici od 85 i više godina i to na području usamljenosti u ljubavi (Tablica 7.10). Cacioppo i

sur. dobili su slične rezultate, odnosno utvrdili su kako se usamljenost najčešće javlja u adolescenata, ali i u osoba starije životne dobi od 80 i više godina [51]. Također, istraživanje provedeno u Finskoj ukazalo je na porast pojave usamljenosti s povećanjem životne dobi, međutim pokazalo se kako se ista javlja isključivo u visokoj životnoj dobi [56].

Naša pretpostavka bila je da su niže obrazovane osobe starije životne dobi usamljenije u odnosu na one sa višim obrazovanjem s obzirom da niži stupanj obrazovanja u velikoj većini slučajeva sa sobom nosi i niže materijalne prihode. Osobe starije životne dobi sa višim materijalnim prihodima imaju veći broj prilika uključivanja u razne socijalne i društvene aktivnosti te im se na taj način javlja i osjećaj društvene koristi koji je u osoba starije životne dobi izrazito važan [75]. Istraživanjem se naša pretpostavka pokazala točnom, odnosno pokazalo se kako niže obrazovani ispitanici iskazuju veću razinu usamljenosti od onih više obrazovanih (Tablica 7.11). Niži stupanj obrazovanja u osoba starije životne dobi utječe na njihovo rizično zdravstveno ponašanje koje nerijetko uključuje pušenje i učestalu konzumaciju alkoholnih pića [110].

Ako gledamo odnos mjesečnog dohotka i usamljenosti, zanimljivo je kako ne postoji statistički značajna razlika u procjeni usamljenosti u odnosu na ispitanika sa višim, odnosno nižim mjesečnim dohotkom (Tablica 7.12). Naša pretpostavka je bila da će osobe starije životne dobi s nižim mjesečnim dohotkom iskazati veću razinu usamljenosti u odnosu na one s višim mjesečnim dohotkom, upravo iz razloga što niži mjesečni dohodak može dovesti do smanjenja mogućnosti za društvenim aktivnostima, odnosno interakcijama. Dobiveni rezultati tako nisu u skladu s ranije provedenim sličnim istraživanjima. Postoji negativna poveznica materijalnog stanja pojedinca sa pojavom usamljenosti [72]. Siromaštvo izrazito negativno utječe na društvene aktivnosti te dovodi do osjećaja usamljenosti i socijalne izolacije [73]. Dakle, osobe starije životne dobi sa nižim mjesečnim dohotkom iskazuju veću razinu usamljenosti su od osoba čiji je mjesečni dohodak viši [74].

Što se tiče učestalosti posjeta liječniku opće medicine i usamljenosti, možemo vidjeti kako ispitanici s većim brojem posjeta liječniku opće medicine

iskazuju veću usamljenost od ispitanika koji imaju manji broj odlazaka istom (Tablica 7.13). Nažalost, nismo pronašli istraživanje s kojim bismo usporedili dobivene rezultate. Naša pretpostavka je da usamljenije osobe starije životne dobi češće posjećuju liječnika opće medicine upravo zbog nedostatka socijalnih kontakata. Socijalni kontakti u svim dobnim skupinama od izrazite su važnosti za svaku pojedinu osobu [76].

Gledajući odnos tjelesne aktivnosti i usamljenosti možemo vidjeti kako ispitanici koji provode tjelesnu aktivnost 2 puta tjedno ili više od toga iskazuju manju usamljenost od ispitanika koji istu provode rjeđe od toga (Tablica 7.14). Fiziološke promjene koje sam proces starenja nosi sa sobom dovode do smanjenja funkcionalnih sposobnosti što posljedično utječe na smanjenje tjelesne aktivnosti u osoba starije životne dobi [22]. Dokazano je kako osobe starije životne dobi koje se bave nekom vrstom tjelesne aktivnosti funkcijski pokazuju znatno veće sposobnosti od onih osoba starije životne dobi koje nisu tjelesno aktivne [13]. Tjelesna aktivnost smanjuje samu pojavnost usamljenosti u osoba starije životne dobi. Također, dokazano je kako osobe starije životne dobi koje imaju socijalnu i emocionalnu podršku bilo obitelji ili prijatelja pokazuju veću razinu tjelesne aktivnosti od onih osoba koje istu nemaju [78].

Zadovoljstvo brakom jedan je od važnijih čimbenika emocionalne stabilnosti svake osobe [59]. Ako pogledamo bračni status ispitanika možemo vidjeti kako postoji statistički značajna razlika u usamljenosti u ljubavi i socijalnoj usamljenosti u odnosu ispitanika koji su u braku i onih koji nisu u braku (neudati/neoženjeni, udovci, rastavljeni), odnosno ispitanici izvan braka pokazuju veću razinu usamljenosti od onih u braku (Tablica 7.15). Osobe starije životne dobi koje su neudate/neoženjene pokazuju veću razinu usamljenosti od osoba starije životne dobi koje su u braku ili trajnoj vanbračnoj zajednici sa partnerom [64]. Marqelisch i sur. proveli su istraživanje koje je povezalo bračno zadovoljstvo osoba starije životne dobi sa zdravljem što u konačnici doprinosi njihovoj kvaliteti života [65]. Ujedno, mentalno zdravlje kao i emocionalno zdravlje svakog pojedinca povezano je sa njegovom bračnom stabilnosti [59].

Sukladno svemu navedenom, možemo reći kako su se statistički značajne razlike s obzirom na ispitanike koji žive u instituciji (domu za starije i nemoćne osobe) i ispitanike koji žive u svojim kućama (domaćinstvima) pokazale za usamljenost u obitelji i socijalnu usamljenost.

Ako gledamo rezultate obje skupine ispitanika s obzirom na njihove sociodemografske karakteristike (spol, dob, stupanj obrazovanja, učestalost posjeta liječniku opće medicine, tjelesna aktivnost, bračni status) dobiveni rezultati pokazuju statistički značajne razlike u samoj procjeni socijalne i emocionalne usamljenosti.

9. Zaključak

Vidljiv je trend starenja stanovništva. Skrb za osobe starije životne dobi tako postaje javnozdravstveni imperativ, stoga se sve više nastoji promovirati zdravo i aktivno starenje kako bi se osobama starije životne dobi osigurala kvaliteta života. Usamljenost i njezin intenzitet mogu se razlikovati i mijenjati s obzirom na životnu dob svakog pojedinca. Pojava usamljenosti u osoba starije životne dobi sve je češća, a samim time usamljenost postaje jedan od značajnijih javnozdravstvenih problema.

Provedenim istraživanjem u osoba starije životne dobi dobiveni su rezultati kojima je potvrđeno postojanje usamljenosti i u osoba smještenih u instituciji (domovima za starije i nemoćne osobe) i u osoba koje žive u svojim kućama (domaćinstvima). Ako se usporedi pojavnost usamljenosti u osoba starije životne dobi smještenih u instituciji i onih u svojim kućama, statistički su se značajne razlike pokazale za usamljenost u obitelji i socijalnu usamljenost. Ujedno, rezultati provedenog istraživanja pokazali su statistički značajne razlike u samoprocjeni usamljenosti osoba starije životne dobi u odnosu na njihove sociodemografske karakteristike (spol, dob, stupanj obrazovanja, učestalost posjeta liječniku opće medicine, učestalost bavljenja tjelesnom aktivnosti, bračni status).

Publiciranje većeg broja stručnih članaka o pojavi usamljenosti u osoba starije životne dobi, kao i kontinuirana edukacija pružatelja skrbi o usamljenosti ključ su boljeg prepoznavanja ovog sveprisutnog problema današnjice. Ujedno, potrebno je senzibilizirati javnost na sve češći problem usamljenosti u osoba starije životne dobi. Istraživanjem se želi doprinijeti znanosti socijalne gerontologije kroz utvrđivanje postojećeg stanja i u institucijama (domovima za starije i nemoćne osobe) i u vlastitim domaćinstvima. Međutim, iako je provedeno istraživanje ukazalo na niz karakteristika koje mogu dovesti do same pojave usamljenosti u osoba starije životne dobi, usamljenost ostaje tematika koju treba kontinuirano istraživati kako bi se u budućnosti mogli razviti odgovarajući modeli prevencije iste.

U Varaždinu, _____ Potpis: _____

10. Literatura

1. Mišigoj-Duraković, M. i sur.: Tjelesno vježbanje i zdravlje, Zagreb, 1999.
2. Walters, K., Kharicha K., Goodman C., Handley M., Manthorpe J., Cattan M. i sur.: Promoting indepedence, health and well-being for older people: a feasibillity study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. BMC Fam. Pract. 2017; Mar 24;18(1):47
3. Heckhausen, J., Wrosch, C., Schulz, R.: A Lines of-Defens Model for Managing Health Threats, 2013. Dostupno dana 22.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839100/#R4
4. Brajković, L.: Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Disertacija. 2010; 1-102. Dostupno dana 22.04.2020. na: https://core.ac.uk/download/pdf/11699863.pdf
5. Perissinotto, CM., Stijacic Cenzer, I., Covinsky, KE.: Loneliness in Older Persons A Predictor of Functional Decline and Death. Arch Intern Med 2012; 172(14): 1078-83.
6. Theeke, LA., Mallow, JA., Barnes, ER., Theeke, E.: The Feasibility and Acceptability of LISTEN for Loneliness. Open J Nurs 2015; 15 (5): 416-25.
7. Luo, Y., Hawkle, L., Waite, L., Terence Cacioppo, J.: Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. 2012; 74 (6): 907-914. Dostupno dana 22.04.2020: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303190/
8. Mikolić, A., Putarek, V.: Usamljenost žena rane i srednje odrasle dobi: zaštitno značenje emocionalne podrške partnera, prijatelja i obitelji. Soc psihijat 2013; 41: 235-44.
9. Cattan, M., Kime, N., Bagnall, AM.: The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people-an evaluation. Health Soc Care Community 2011; 19 (2): 198-206.

10. Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., Steptoe, A.: Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. Health Psychol 2011; 30(4): 377-85
11. Lovreković, M., Leutar, Z.: Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. Izvorni znanstveni članak. Soc. ekol. Zagreb, 2010; 19 (1): 55- 79. Dostupno dana 27.04.2020. na: https://bib.irb.hr/datoteka/610975.Lovrekovic_Leutar.pdf
12. Tomek-Roksandić, S., Lukić, M., Deucht, A., Županić, M., Ljubičić, M., Šimunec, D., Garić, S., Mravak, S., Jelić, M., Šepec, S., Blažeković Milaković, S., Tomasović Mrčela, N., Vučevac, V., Predavec, S., Pavković, F., Katić, M.: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. 2012; 2. dopunjeno izdanje
13. Duraković, Z. i sur. Medicina starije dobi, Zagreb, 1990.
14. Dhamo, E., Kocollari, N.: Older People Quality of Life Evaluation, Mediterranean Journal of Social Sciences, vol. 5, br. 13, 2014., str. 385 – 390.
15. Sergiev, PV., Dontsova, OA., Berezkin, GV. 2015. Theories of Aging: An Ever-Evolving Field. 9-18. Dostupno dana 27.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410392/
16. Bara, M., Podgorelec, S. 2015. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. Etnološka tribina 38 (45): 58-71.
17. Galić, S., Tomasović Mrčela, N. i sur.: Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013. Dostupno dana 27.04.2020. na: http://www.ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1236/File/prirucnik.pdf
18. Jin, K.: Modern biological theories of aging.Aging and disease, 2010; 1(2): 72.
19. Davidovic, M., Sevo, G., Svorcan, P., Milosevic, PD., Despotovic, N., Erceg, P.: Old age as a privilege of the “selfish ones”, 2010. Dostupno

dana 28.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295027/

20. Despot Lučanin, J., Lučanin, D., Havelka, M.: Cognitive Function and Depression in Elderly People.Psychological Topics, 2011; 20(1): 173.
21. Berk, L.: Child Development. UK: Pearson Education, 2012.
22. Berk, L.: Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
23. Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R., Marcia, J.: Between Integrity and Despair: Toward Construct Validation of Erikson's Eighth Stage, 2012; 19 (1): 1-20.
24. Berzoff, J.: Psychosocial ego development: The theory of Erik Erikson. U Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts, ur. Joan Berzoff, Laura Melano Flanagan, Patricia Hertz, 2011; 97-118. SAD: Rowman & Littlefield Publishers.
25. Lahe, D.: Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, 2016; 1-128.
26. Nigam, Y., Knight, J.: The anatomy and physiology of aging 3-The igestive system. Nursin Times, 2008; 104 (33): 22-23. Dostupno dana 28.04.2020. na: https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/gastroenterology/exploring-the-anatomy-and-physiology-of-ageing-part-3-the-digestive-system-14-08-2008/
27. Ahmed, T., Haboubi, N.: Assessment and management for nutrition in older people and its importance to health. Clin. Interv. 2010; Aging 5: 207–216. Dostupno dana 28.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920201/
28. Plow, EB., Cunningham, DA., Bonnett, C., Gohar, D., Bayram, M., Wyant, A. i sur.: Neurophysiological correlates of aging-related muscle weakness. J Neurophysiol. 2013; 110 (11): 2563–2573. Dostupno dana 28.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3882769/

29. Mei, KL., Batsis, JA., Mills, JB., Holubar, SD.: Sarcopenia and sarcopenic obesity: do they predict inferior oncologic outcomes after gastrointestinal cancer surgery? Perioper Med (Lond). 2016; 5: 30. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080704/
30. Valtorta, N., Hanratty, B.: Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? Journal of the Royal Society of Medicine, 2012; 105 (12): 518–522. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3536512/
31. Morelli, M., Gagini, M., Daniele, G., Marraccini, P., Sicari, R., Gestadelli, A.: Ectopic fat: the true culprit linking obesity and cardiovascular disease? Thrombosis and Haemostasis, 2013; 110 (4): 651–660.
32. Lee, IM., Shiroma, EJ., Lobelo, F., Puska, P., Blair, SN., Katzmarzyk, PT.: Lancet Physical Activity Series, Working Group Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012; 21; 380 (9838): 219–229.
33. Sedić, B. Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2010.
34. Martin, B., Gabris-Weber, BA., Reddy, R., Romero, G., Chattopadhyay, A., Salama, G.: Relaxin reverses inflammatory and immune signals in aged hearts. PLoS One. 2018; 13(1): e0190935. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5773192/
35. Zbroch, E., Musialowska, D., Koc-Zorawska, E., Malyszko, J.: Age influence on renalase and catecholamines concentration in hypertensive patients, including maintained dialysis. Clin Interv Aging, 2016; 11: 1545–1550. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094527/
36. Jung, HB., Kim, HJ., Cho, ST.: A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. Korean J. Urol. 2015; 56 (4): 266–275.

Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392025/#B13

37. Sullivan, EV., Pfefferbaum, A.: A Diffusion tensor imaging and aging. Neuroscience and Biobehavior Reviews, 2006; 30: 749–761. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763406000467?via%3Dihub
38. Sternberg, RJ.: Kognitivna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
39. Aalbers, T., Baars, MAE., Qin, L., Lange, A., Kessels, RPC., Rikkert M.: Using an eHealth Intervention to Stimulate Health Behavior for the Prevention of Cognitive Decline in Dutch Adults: A Study Protocol for the Brain Aging Monitor. JMIR Res Protoc. 2015; Nov 10;4(4): ISSN: 1929-0748. Dostupno dana 29.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704922/
40. Huang, H., Liu, Y., Liu, X.: Does Looneliness Necessarily Lead to a Decrease in Prosocial Behavior? The Roles of Gender and Situation. Front Psychol. 2016; 7:1388. Dostupno dana 30.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025448/
41. Kozjak, G.: Korelati usamljenosti kod srednjoškolaca. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, 2005. Dostupno dana 30.04.2020. na: http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/141/1/GrozdanaKozjak.pdf
42. Heinrich, L., Gullone, E.: The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical Psychology Review, 2006; 26 (6): 695-718.
43. Železnik, D., Kanisek, R., Železnik, U.: Usporedba usamljenosti adolescenata i starijih osoba u ustanovama socijalne skrbi. Zdravstveni glasnik, 2016; 2 (2):14-26
44. Vuletić, G., Stapić, M.: Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Izvorni znanstveni članak. Klinička psihologija 2013; (1-2): 45-61

45. Due, TD., Sandholdt, H., Siersma, VD., Waldorff, FB.: How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? BMC Fam Pract. 2018; 19: 34. Dostupno dana 30.04.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828068/
46. Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., Steptoe, A.: Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. Health Psychol. 2011; 30 (4): 377-385
47. Fiori, KL., Antonucci, TC., Cortina, KS.: Social network typologies and mental health among older adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2006; 61(1): 25-32.
48. Hawkley, LC., Thisted, R., Masi, C., Cacioppo, JT.: Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging, 2010; 25 (1): 132-141
49. Holt-Lunstad, J., Smith, TB., Layton, B.: Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Med, 2010; 7: 2-20
50. Fowler, J., Christakis, N.: Estimating peer effects on health in social networks: a response to Cohen-Cole and Fletcher; and Trogdon, Nonnemaker, and Pais. Journal of Health Economics, 2008; 27 (5): 1400–1405. Dostupno dana 01.05.2020. na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692263
51. Cacioppo, JT., Fowler, J., Christakis, N.: Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. Published in final edited form as: J. Pers. Soc. Psychol, 2009; 97 (6): 977–991. Dostupno: dana 01.05.2020. na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792572/
52. Rokach, A., Lacković-Grgin, K., Penezić, Z., Sorić, I.: The Effects of Culture on the Causes of Loneliness. A Journal of Human Behavior, 2000; 37: 6-21
53. Rokach, A., Orzeck, T., Cripps, J., Lacković-Grgin, K., Penezić, Z.: The Effects of Culture on the meaning of loneliness. Social Indicators Research, 2001; 53: 17-31.

54. Lacković-Grgin, K.: Usamljenost. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
55. Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., Mushtaq, S.: Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. Journal of clinical and diagnostic research, 2014; 8 (9): WE01.
56. Jylha, M.: Old Age and Lonelliness: Cross-sectional and Longitudinal Analysis in the Tempere Longitudinal Study on Aging, Canadian Journal on Aging, 2004; 23 (2): 157-168
57. Jones, H., Hebb, L.: The experience of loneliness: Objective and subjective factors. The International Scope review, 2003; 5, 41-59
58. de Jong-Gierveld, J.: Developing and testing a model of loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 1987; 53, 119-128
59. Thompson, WK., Charo, L., Vahia, IV., Depp, C., Allison, M., Jeste, DV.: Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. J Am Geriatr Soc. 2011; 59:1503–1508. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151627/
60. Karraker, A., Latham, K.: In Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life. J. Health Soc. Behav, 2015; 56 (3): 420–435
61. Yoshany, N., Morowatisharifabad, MA., Mihanpour, H., Bahri, N., Jadgal, KM.: The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. J Menopausal Med. 2017; 23:15–24. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432462/
62. Chen, JH., Waite LJ., Lauderdale, DS.: Marriage, Relationship Quality, and Sleep among U.S. Older Adults. J. Health Soc. Behav. 2015; 56 (3): 356–377.
63. Clouston, S., Lawlor, A., Verdery, A.: The Role of Partnership Status on Late-Life Physical Function. Can. J. Aging 2014; 33 (4): 413–425.

Dostupno dana 01.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256949/

64. Liu, LJ., Guo, Q.: Loneliness and health-related quality of life for the empty nest older people in the rural area of a mountainous county in China. Qual Life Res, 2007; 16: 1280–1286.
65. Marqelisch, K., Schneewind, KA., Violette, J., PerriqChiello, P.: Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. Aging Ment. Health: 2015; 1-10.
66. Rusac, S., Vahtar, D., Vrban, I., Despot Lučanin, J., Radica, S., Spajić-Vrkaš, V.: Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi. Zaklada Zajednički put, 2016. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://assets.websitefiles.com/5c18fcd72200fb1ab23c0d2c/5d00e506fd24c923af3ab595_NARATIVI%20O%20DOSTOJANSTVU%20U%20STARIJOJ%20%C5%BDIVOTNOJ%20DOBI.pdf
67. Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, GK., Furnes, B.: Suffering and mental health among older people living in nursing homes-a mixed-methods study. PeerJ. 2015; 3: e1120. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525699/
68. Drageset, J., Kirkevold, M., Espehaug, B.: Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. Int. J. Nur. Stud. 2011; 48: 611–619.
69. Bara, M.: Povratne umirovljeničke migracije na hrvatskim otocima. Migracijske i etničke teme, 2013; 29 (2): 201-224.
70. Žganec, N., Rusac, S., Laklija, M.: Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Pregledni znanstveni rad. Revija za socijalnu politiku, 2008.
71. Podgorelec, S., Klempić, S.: Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. Zagreb. Migracijske i etničke teme, 2007; 23 (1-2): 111–134.

72. Pikhartova, J., Bowling, A., Victor. C.: Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? Aging Ment. Health, 2016; 20 (5): 543-549.Dostupno dana 01.05.2020. na https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806344/#cit0007
73. Šućur, Z., Matković, T., Štulhofer, A., Šverko, B., Bejaković, P., Papa, J., Patuović, N., Škegro, M.: Izvješće o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti. Nacionalna i Sveučilišna knjižnica Zagreb, 2006. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://issuu.com/undphr/docs/siromastvo__nezaposlenost_i_socijal
74. Cosan, D.: The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences, 2014; 104-110.
75. Zhao, Y., Sautter, JM., Qiu, L., Gu, D.: Self-percieved uselessness and associated factors among older adults in China. BMC Geriatr, 2017; 17: 12. Dostupno dana 01.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223574/
76. Health Quality Ontario: Social Isolation in Community-Dwelling Seniors. An Evidence-Based Analysis. Ont. Health Technol. Assess Ser. 2008; 8(5):1-49. Dostupno dana 02.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377559/
77. Lindsay-Smith, G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., van Uffelen, JGZ.: The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2017; 14(1):56. Dostupno dana 02.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408452/
78. Ehlers, DK., Daugherty, AM., Burzynska, AZ., Fanning, J., Awick, EA., Chaddock-Heyman, L. i sur.: Regional Brain Volumes Moderate, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults. Front Aging Neurosci, 2017; 9: 110.
79. Bešlić, V.: Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. Pregledni rad. Nova prisutnost, 2017; 15 (1): 89-100.

80. Rosmarin, DH., Forester, BP., Shassian, DM., Webb, CA., Björgvinsson, T.: Interest in Spiritually Integrated Psychotherapy among Acute Psychiatric Patients. J. Consult. Clin. Psychol, 2015; 83 (6): 1149–1153. Dostupno dana 02.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658247/
81. Štambuk, A.: Starost i starenje u zrcalu duhovnosti. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2017; Vol 53, br. 2. 142-151.
82. Komadina, A.: Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. Crkva u svijetu, 2016; 51:4. 615-638.
83. Miyawaki, CE.: Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. Ageing Soc, 2015; 35 (10): 2201–2228. Dostupno dana 04.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610249/
84. Singh, A., Misra, N.: Loneliness, depression and sociability in old age. Industrial Psychiatry Journal, 2009; 18 (1): 51–55
85. Iliffe, S., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., Stuck, A.: Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. Br. J. Gen. Pract, 2007; 57 (537): 277–282. Dostupno dana 04.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043334/
86. Canham, SL., Mauro, PM., Kaufmann, CN., Sixsmith, A.: Association of alcohol use and loneliness frequency among middle-aged and older adult drinkers. J Aging Health, 2016; 28 (2): 267–284. Dostupno dana 04.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681688/#R49
87. Frisher, M., Mendonca, M., Shelton, N., Pikhart, H., de Oliveira, C., Holdsworth, C.: Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health, 2015; 15: 703. Dostupno dana 06.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4513636/

88. Mimica, N., Kušan Jukić, M.: Depresija u osoba starije životne dobi: Specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. Pregledni članak. Medix, 2013; 106: 213-218. Dostupno dana 06.05.2020. na: https://bib.irb.hr/datoteka/733920.Mimica_v3.pdf
89. Marčinko, D.: Suicidologija, Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2011.
90. Ro, J., Park, J., Lee, J., Jung, H.: Factors That Affect Suicidal Attempt Risk Among Korean Elderly Adults: A Path Analysi. J. Prev. Med. Public Health, 2015; 48 (1): 28–37. Dostupno dana 06.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322516/#b4-jpmph-48-1-28
91. Wolf, LD., Davis, MC.: Loneliness, Daily Pain, and Perceptions of Interpersonal Events in Adults with Fibromyalgia, 2014; 33 (9): 929–937. Dostupno dana 06.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214136/
92. Tomečak, M., Štambuk, A., Rusac, S.: Promišljanje starenja i starosti-predrasude, mitovi i novi pogledi, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, vol. 50, 2014; 36-53. Dostupno dana 07.05.2020. file:///C:/Users/Acer/Downloads/Tomecak_Stambuk_Rusac.pdf
93. Stavljenić-Rukavina, A., Mittermayer, R., Tomek Roksandić,S., Mustajbegović, J.: Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba, Zagreb, 2012. Dostupno dana 07.05.2020. na: http://aaz.hr/resources/vijesti/73/Prirucnik%20Kvaliteta%20dugotrajne%20skrbi%20starijih%20osoba.pdf
94. Koružnjak, B.: Stanovanje za starije-interdisciplinarni pristup u formiranju općeg modela stanovanja za starije osobe. Izvorni znanstveni članak, 2003; 1 (25): 1-10
95. Suhadolnik, K.: Elementi totalne ustanove v institucionalnem varstvu starejših. Magistarsko delo. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2014; 8-108. Dostupno dana 07.05.2020. na: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska_dela_2/pdfs/mb22_suhadolnik-kristina.pdf

96. Hauge, S., Heggen, K.: The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. Journal of clinical nursing, 2008; 17(4): 460-467
97. Agich, GJ.: Dependence and autonomy in old age. Cambridge: Cambridge University, 2004.
98. Kuk, NO., den Ouden, M., Zijlstra, GA., Hamers, JP., Kempen, GI., Bours, GJ.: Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents? A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. BMC Geriatr, 2017; 17: 18. Dostupno dana 07.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237509/
99. Gan, P., Xie, Y., Duan, W., Deng, Q., Yu, X.: Rumination and Loneliness Independently Predict Six-Month Later Depression Symptoms among Chinese Elderly in Nursing Homes. PLoS One, 2015; 10 (9): e0137176. Dostupno dana 07.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559426/
100. Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020. Dostupno dana 08.05.2020. na: https://esavjetovanja.gov.hr/Econ/MainScreen?EntityId=5171
101. Havelka, M.: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002.
102. Kalauz, S.: Etika u sestrinstvu, Zagreb, Medicinska naklada, 2012.
103. Malmedal, W.: Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian. Trondheim: University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science. Doktorska disertacija, 2013.
104. Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., Ferrans, CE.: Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Nurs. Sci. Q. 2011; 24 (2): 146–151. Dostupno dana 09.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687539/

105. Giménez-Espert, MDC., Prado-Gascó, VJ.: The moderator effect of sex on attitude toward communication, emotional intelligence, and empathy in the nursing field. Rev Lat Am Enfermagem. 2017; 25: e2969. Dostupno dana 09.05.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738859/

106. Dahlberg, L., McKee, K.: Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. Aging Ment. Health 2014; 18 (4): 505-514

107. Zebrowitz, L., Montepare, J.: Too young, too old: Stigmatizing adolescents and the elderly. U The social psychology of stigma. ur. Heatherton,T., Kleck, R., Hebl, M., Hull, J.G. New York: Guilford Press, 2000.

108. Šustić A., Bukal K.: Malnutricija i preoperacijska priprema: objektivna procjena nutricijskog statusa bolesnika, Medicina, Medicina 2003;42 (39): 275-279

109. WHO, World Health Organisation: Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO, Geneva, 2000.

110. Oshio, T.: Widening disparities in health between educational levels and their determinants in later life: evidence from a nine-year cohort study. BMC Public Health. 2018; 18: 278. Dostupno dana 10.07.2020. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824535/

Prilozi

Prilog 1 – Upitnik o socijalnoj i emocionalnoj usamljenosti osoba starije životne dobi

Poštovane/i,

Ovaj upitnik izrađen je za potrebe istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada na studiju Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu Sveučilišta Sjever Varaždin pod naslovom „Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi“ pod mentorstvom doc.dr.sc. Marijane Neuberg. Upitnik je anoniman, a rezultati će se koristiti za izradu diplomskog rada i objavu u znanstvenim časopisima, a Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz ove pojave u vlastitim domaćinstvima i institucijama. Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Ines Kosir bacc.med.techn., Sveučilište Sjever, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu, 104. brigade 3, 42 000 Varaždin

Ispred odgovora stavite oznaku X

*Napomena: pitanje pod brojem 6 ne ispunjavaju ispitanici koji su smješteni u domovima za starije i nemoćne

1. Spol ☐ M ☐ Ž	**2. Vaša dob u godinama je:** ____
3. Vaš stupanj obrazovanja je? ☐ Nemam završenu školu ☐ Osnovna škola ☐ Srednja škola ☐ Visoko obrazovanje (sve iznad srednje škole)	**4. Vaše bračno stanje je?** ☐ U braku ☐ Neudana/neoženjen ☐ Udovac/ica ☐ Razveden/a

5. Mjesto stanovanja ☐ Dom za starije i nemoćne ☐ Vlastito domaćinstvo	**6. Vrsta domaćinstva*** ☐ Samačko domaćinstvo ☐ Domaćinstvo s više članova
7. Vaš mjesečni dohodak iznosi? ☐ Manje od 1000 kn ☐ Od 1000 kn do 2500 kn ☐ Od 2500 kn do 3500 kn ☐ Više od 3500 kn	**8. Koliko često posjećujete liječnika opće medicine?** ☐ Rijetko ☐ 3-5 puta godišnje ☐ 1-2 puta mjesečno
9. Bavite li se tjelesnom aktivnošću? ☐ DA ☐ NE	**10. Ako ste u prethodnom odgovoru označili da se bavite tjelesnom aktivnošću molimo Vas da navedete kojom.** _____
11. Koliko često provodite tjelesnu aktivnost? ☐ Ne vježbam ☐ 2-3 puta tjedno ☐ Svakodnevno	**12. Gdje provodite tjelesnu aktivnost?** ☐ Ne vježbam ☐ Kod kuće ☐ U nekoj ustanovi
13. Vaša tjelesna težina u kg je: _____ **14. Vaša visina u cm je: _____** **ITM _____ (ispunjava ispitivač)**	**15. Koliko često obavljate religijske obrede, volontirate, bavite se nekim hobijem (heklanje, pjevanje, ručni rad)?** ☐ Rijetko ☐ 2-3 puta tjedno ☐ Svakodnevno

16. Dolje navedene tvrdnje opisuju neke načine na koje ljudi doživljavaju sebe i svoj odnos s različitim drugim osobama. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i procijenite koliko se ono što ona izriče odnosi na Vas osobno. Procjene ćete davati tako što ćete uz svaku tvrdnju **zaokružiti jedan broj** na skali koja ima sedam stupnjeva. Značenje pojedinih brojeva na skali procjene je sljedeće:

1	2	3	4	5	6	7
uopće se NE slažem	uglavnom se NE slažem	donekle se NE slažem	niti se slažem, niti se ne slažem	donekle se slažem	uglavnom se slažem	potpuno se slažem

1.	Ono što je meni važno ne čini se da je važno ljudima koje znam.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Nemam prijatelja koji dijeli moja stajališta.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Postoji krug prijatelja čiji sam ja dio. ®	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moji prijatelji razumiju moje potrebe i razmišljanja. ®	1	2	3	4	5	6	7
5.	Uglavnom funkcioniram na istoj valnoj duljini s ljudima koje poznajem. ®	1	2	3	4	5	6	7
6.	Imam puno zajedničkog s ljudima koje poznajem. ®	1	2	3	4	5	6	7
7.	Imam prijatelje kojima se mogu obratiti za savjet. ®	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sviđaju mi se ljudi s kojima se družim. ®	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mogu računati na pomoć svojih prijatelja. ®	1	2	3	4	5	6	7
10.	Imam prijatelje s kojima mogu razgovarati o onome što me tišti u mom životu. ®	1	2	3	4	5	6	7
11.	Nemam prijatelje koji me razumiju.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Nisam zadovoljan prijateljima koje imam.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Imam prijatelja s kojim mogu podijeliti svoje mišljenje. ®	1	2	3	4	5	6	7
14.	Važan sam dio nečijeg života. ®	1	2	3	4	5	6	7
15.	Osjećam se sam kad sam sa svojom obitelji.	1	2	3	4	5	6	7

16.	Nikome u mojoj obitelji nije stvarno stalo do mene.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Imam ljubavnu vezu u kojoj s partnerom dijelim najskrovitije misli i osjećaje. ®	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ne postoji nitko u mojoj obitelji na koga se mogu osloniti kad mi treba potpora i ohrabrenje.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Zaista mi je stalo do moje obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
20.	Postoji netko tko želi svoj život dijeliti sa mnom. ®	1	2	3	4	5	6	7
21.	Osjećam da doista pripadam u svoju obitelj. ®	1	2	3	4	5	6	7
22.	Imam potrebu za bliskom ljubavnom vezom koju do sada nisam zadovoljio.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Želio bih da mogu reći nekome u koga sam zaljubljen da ga volim.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Imam ljubavnu vezu s osobom koja mi pruža podršku i ohrabrenje koje trebam. ®	1	2	3	4	5	6	7
25.	Zateknem sebe ponekad kako čeznem za nekim s kim bih dijelio svoj život.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Želio bih da je mojoj obitelji više stalo do moje sreće.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Zaljubljen sam u nekoga tko je također zaljubljen u mene. ®	1	2	3	4	5	6	7
28.	Osjećam se blizak svojoj obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
29.	Imam nekoga tko zadovoljava moje potrebe za bliskošću. ®	1	2	3	4	5	6	7
30.	Osjećam se dijelom svoje obitelji. ®	1	2	3	4	5	6	7
31.	Postoji netko tko zadovoljava moje emocionalne potrebe. ®	1	2	3	4	5	6	7
32.	Ni s kim u obitelji nisam blizak.	1	2	3	4	5	6	7
33.	U ljubavnoj sam vezi s osobom čijoj sreći ja doprinosim. ®	1	2	3	4	5	6	7
34.	Moja mi je obitelj važna. ®	1	2	3	4	5	6	7
35.	Želio bih imati ljubavnu vezu koja bi mi pružila više zadovoljstva.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Mojoj je obitelji doista stalo do mene. ®	1	2	3	4	5	6	7

® - tvrdnje koje se obrnuto boduju

Rezultat ispitanika na pojedinim subskalama određuje se zbrajanjem procjena koje je dao na pripadajućim česticama. To su čestice br. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 13 za subskalu socijalne usamljenosti, čestice br. 14, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 33 i 35 za subskalu usamljenosti u ljubavi, te čestice br. 15, 16, 18, 19, 21, 26, 28, 30, 32, 34 i 36 za subskalu usamljenosti u obitelji.

Izvor: Proroković i sur. 2004.

Prilog 2 – Informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju

NAZIV ISTRAŽIVANJA: Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi
MJESTO ISTRAŽIVANJA:
IME I PREZIME VODITELJA ISTRAŽIVANJA: Ines Kosir, bacc.med.techn.

Poštovane/i,

pozivamo Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se ispitati socijalna i emocionalna usamljenost te utvrditi u kojoj je mjeri usamljenost povezana sa sociodemografskim varijablama. U istraživanje će se uključiti osobe starije životne dobi koje žive u vlastitim domaćinstvima i one koje žive u domovima za starije i nemoćne.

Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz ove pojave u vlastitim kućama (domaćinstvima) i institucijama (domovima za starije i nemoćne osobe), dok samo istraživanje predstavlja doprinos znanosti socijalne gerontologije te ujedno i u praktičnom radu medicinske sestre/tehničara jer će rezultati istraživanja omogućiti bolje razumijevanje faktora koji dovode do sve češće pojave usamljenosti.

Voditelj istraživanja je Ines Kosir, studentica diplomskog studija sestrinstva, pod vodstvom doc.dr.sc. Marijane Neuberg. Istraživanje nema financijsku potporu. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada.

U slučaju da ne razumijete bilo koji dio Informiranog pristanka molimo Vas da se za objašnjenje obratite ispitivaču u istraživanju. Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno i možete se u bilo kojem trenutku povući. Ukoliko odlučite sudjelovati u ovom istraživanju od Vas će se tražiti da potpišete Informirani pristanak uz naznaku mjesta i datuma.

Svojim potpisom potvrđujem da sam informiran/a o ciljevima ovog istraživanja i pristajem u njemu sudjelovati.

U _____*(mjesto)*, ____ *(datum)*. _____

Potpis sudionika

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, INES KOSIR *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SOC. I EMOC. USAMLJENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

KOSIR INES

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, INES KOSIR *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SOC. I EMOC. USAMLJENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

KOSIR INES

(vlastoručni potpis)