

Razlike stavova studenata zdravstvenog i nezdravstvenog usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi

Kaleb, Silvija

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:999726>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Silvija Kaleb

**RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENOG I
NEZDRAVSTVENOG USMJERENJA O STARENJU I
DEMENCIJI KAO DRUŠTVENOJ POJAVI**

Diplomski rad

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Silvija Kaleb

**RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENOG I
NEZDRAVSTVENOG USMJERENJA O STARENJU I
DEMENCIJI KAO DRUŠTVENOJ POJAVI**

**DIFFERENCES IN THE OPINIONS OF HEALTH
PROFESSIONS STUDENTS AND NON-HEALTH
PROFESSIONS STUDENTS ABOUT AGING AND
DEMENTIA AS A SOCIAL PHENOMENOM**

Diplomski rad / Master's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

Split, 2022.

Zahvala

Zahvaljujem svima koji su sudjelovali i koji su mi pomogli pri izradi ovog Diplomskog rada. Posebna zahvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić koja je uvijek bila dostupna i spremna pomoći svojim sugestijama i savjetima. Najviše hvala mojoj obitelji na razumijevanju, strpljenju i pomoći pri izradi rada.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

DIPLOMSKI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski studij sestrinstva

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENOG I NEZDRAVSTVENOG USMJERENJA O STARENJU I DEMENCIJI KAO DRUŠTVENOJ POJAVI

Silvija Kaleb, 11254

Sažetak:

Posljednjih desetljeća ljudi diljem svijeta žive dulje. Do 2030. godine, jedan od šest ljudi na svijetu bit će u dobi od 60 ili više godina. Demencije se pojavljuju pretežito sporadično i u starijim dobnim skupinama. Smatra se da 5-7% osoba ≥ 60 godina boluje od nekog oblika demencije. Cilj ovog istraživanja je istražiti postoji li povezanost među mjernim varijablama. Osim samih stavova ispitali smo koliko demografski čimbenici, različiti edukativni sadržaji kojima su studenti bili izloženi te suživot sa osobama starije dobi utječe na formiranje stavova studenata prema starenju i demenciji kao društvenoj pojavi. Istraživanje je obuhvatilo studente Sveučilišta u Splitu koji studiraju na Filozofskom, Pomorskom, Medicinskom fakultetu i Odjelu zdravstvenih studija. Od toga 113 studenata zdravstvenog usmjerenja te 120 studenata nezdravstvenog usmjerenja. Postoje razlike u percepciji studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi s tim da je percepcija općenito pozitivnija kod studenata zdravstvenih usmjerenja a nije različita s obzirom na demografska obilježja (dob, spol, boravište i godina studiranja). Ne postoje razlike u percepciji studenata prema starenju i demenciji s obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama. Zbog sve većeg udjela starije populacije u svijetu i sve većeg broja oboljelih od demencije, svaka osoba je okružena velikim brojem starijih te je velika vjerojatnost da se tijekom života susretne s osobom oboljelom od demencije. Zbog toga bi bilo dobro da ima znanja i da je lišena predrasuda prema njima kako bi im mogla na primjeren način pristupiti i pomoći ukoliko je potrebno.

Ključne riječi: starenje; demencija; studenti zdravstvenih studija; studenti nezdravstvenih studija; stavovi
Rad sadrži: 66 stranice, 4 slike, 27 tablica, 65 referenci
Jezik izvornika: Hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Graduate study of nursing

Scientific area: biomedicine and health
Scientific field: clinical medical science

Supervisor: doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

DIFFERENCES IN THE OPINIONS OF HEALTH PROFESSIONS STUDENTS AND NON-HEALTH PROFESSIONS STUDENTS ABOUT AGING AND DEMENTIA AS A SOCIAL PHENOMENON

Silvija Kaleb, 11254

Summary:

In recent decades, people around the world have been living longer. By 2030, one in six people in the world will be aged 60 or over. Dementias occur predominantly sporadically and in older age groups. It is estimated that 5-7% of people ≥ 60 years of age suffer from some form of dementia. The aim of this research is to investigate whether there is a correlation between the measurement variables. In addition to the attitudes themselves, we examined the extent to which demographic factors, different educational content to which students were exposed and coexistence with the elderly affect the formation of students' attitudes towards aging and dementia as a social phenomenon. The research included students of the University of Split who study at the Faculty of Philosophy, Maritime Studies, the Faculty of Medicine and the Department of Health Studies. Of these, 113 are health students and 120 are non-health students. There are differences in the perception of health and non-health students about aging and dementia as a social phenomenon, but the perception is generally more positive among health students and not different in terms of demographic characteristics (age, gender, residence and year of study). There are no differences in students' perceptions of aging and dementia with respect to personal life experience with older people. Due to the growing share of the elderly population in the world and the growing number of people with dementia, each person is surrounded by a large number of elderly people and is more likely to meet a person with dementia during their lifetime. Therefore, it would be good to have knowledge and to be free of prejudice against them so that they can be approached and helped in an appropriate way if necessary.

Key words: aging; dementia; health professions students; non-health professions students; attitudes

Thesis contains: 66 pages, 4 pictures, 27 tables, 65 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
1. UVOD.....	1
1.1. STARENJE I STAROST	2
1.2. DEMOGRAFSKA SLIKA HRVATSKE I SVIJETA	4
1.3. PROMJENE ORGANA I ORGANSKIH SUSTAVA TIJEKOM STARENJA	5
1.3.1. Kardiovaskularni sustav	5
1.3.2. Dišni sustav	6
1.3.3. Genitourinarni sustav	6
1.3.4. Mišično-koštani sustav	7
1.3.5. Imunološki sustav.....	8
1.3.6. Koža	8
1.3.7. Probavni sustav	8
1.3.8. Endokrini sustav	9
1.4. DEMENCIJE.....	9
1.4.1. Etiologija i epidemiologija demencija.....	10
1.4.2. Simptomi demencije.....	11
1.4.3. Podjela demencije	12
1.4.4. Dijagnoza demencije	15
1.4.5. Liječenje demencije.....	16
1.5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD SKRBI ZA STARIJE I DEMENTNE BOLESNIKE.....	17
2. CILJ	18
2.1. HIPOTEZE	18
3. IZVORI PODATAKA I METODE	19

3.1. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA.....	19
4.REZULTATI.....	21
5. RASPRAVA	43
6. ZAKLJUČCI.....	51
7. LITERATURA	53
8. ŽIVOTOPIS	59
PRILOZI	60

1. UVOD

Posljednjih desetljeća ljudi diljem svijeta žive duže. Većina ljudi može očekivati da će doživjeti 60 godina i više. Sve zemlje na svijetu bilježe rast i veličinu udjela starijih osoba u populaciji. Do 2030. godine, jedan od šest ljudi na svijetu bit će u dobi od 60 ili više godina. U ovom trenutku udio stanovništva od 60 i više godina povećat će se s jedne milijarde 2020. godine na 1,4 milijarde (1).

Najčešće bolesti koje karakteriziraju stariju životnu dob su gubitak sluha, katarakta, bolovi u leđima i vratu, osteoartritis, kronična opstruktivna plućna bolest, dijabetes, depresija i demencija. Kako ljudi stare veća je vjerojatnost da će doživjeti nekoliko bolesti u isto vrijeme. Stariju životnu dob karakterizira i pojava nekoliko složenih zdravstvenih stanja koja se nazivaju gerijatrijski sindrom a uključuju slabost, inkontinenciju urina, padove, delirij i dekubitus.

Sveobuhvatan odgovor javnog zdravstva mora se baviti širokim rasponom iskustava i potreba starijih ljudi jer ne postoji tipična starija osoba. Tako neki 80-godišnjaci imaju fizičke i mentalne sposobnosti slične mnogo mlađima, a dok drugi ljudi doživljavaju značajan pad mogućnosti u mnogo mlađoj dobi. Globalizacija, tehnološki razvoj, urbanizacija i migracije utječu na živote starijih ljudi na izravan i neizravan način. Javnozdravstveni odgovor mora uzeti u obzir trenutne i predviđene trendove i u skladu s tim planirati politike za starije osobe (1).

Sve navedeno ukazuje na činjenicu da naš pristup starenju mora biti holistički, s politikama usmjerenim na sveobuhvatnu brigu o ovoj populaciji. Ovaj pristup trebao bi promijeniti paradigmu kako su starije osobe onesposobljene i nesposobne doprinijeti kulturi i društvu te bi se trebao usredotočiti na stvaranje samoodrživog društva koje svojim starijim osobama može jamčiti kvalitetan život.

Budući da je sadašnji pad nataliteta jedan od glavnih uzroka starenja stanovništva, bit će manje ekonomski aktivnog stanovništva koje će se brinuti za starije koji su ekonomski ovisni. To, zajedno s krizom mirovinskog sustava, znači da neće biti samo veći broj umirovljenih odraslih osoba, već će oni i primati mirovine na duže vrijeme. Tako promjene u društvenim brojevima i strukturi utječu na demografsko funkcioniranje, promičući promjene u globalnoj zdravstvenoj politici i u zdravstvenom modelu, koji je sada usredotočen na gerijatrijske bolesnike i njihovu ranjivost. Takav je

model osmišljen tako da ne utječe na neovisnost starijih bolesnika i izbjegne zlostavljanja, budući se ranjivost povećava s fizičkom, emocionalnom ili ekonomskom ovisnošću. Duži život donosi dodatne mogućnosti ne samo starijim ljudima i njihovim obiteljima, već i društvu u cjelini. Zbog toga se stvara prilika za početak novih aktivnosti poput daljnjeg obrazovanja ili zanemarenih interesa. Stariji ljudi zasigurno na mnogo načina mogu doprinijeti svojim obiteljima i široj zajednici, ali isto u najvećoj mjeri ovisi o njihovom zdravlju. Starenje se ne smije smatrati problemom nesavladive veličine, jer ono treba biti rezultat postignuća u boljoj skrbi, te uvjeta koji pomažu produžiti životni vijek od rođenja (2).

1.1. STARENJE I STAROST

Starenje ljudi je fiziološki i dinamički proces koji se odvija s vremenom. Prema tvrdnjama većine gerontologa, počinje u četvrtom desetljeću života i dovodi do smrti. Proces starenja čovjeka je složen i individualiziran, odvija se u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj sferi. Sa starenjem se događaju mnogobrojne promjene organa i organskih sustava što dovodi do progresivnog starenja i oštećenja njihove funkcije tako da se u starosti češće javljaju određene kronične bolesti zbog čega je starija osoba više ili manje funkcionalno onespobljena. Starost je uvjetovana genotipskom i fenotipskom odrednicom svakog pojedinog čovjeka te se izražava u različitim životnim razdobljima i ne postoji istovjetnost biološke i kronološke starosti (3).

Imamo tri elementa starenja, a to su biološki, socijalni i psihološki. Ne moraju se podudarati, ali su međusobno povezani. Starenje često povezujemo s visokom životnom dobi što nije ispravno jer je svaka osoba individua za sebe gledajući sva tri elementa starenja. Početak starenja ne može se točno odrediti. Biološko, socijalno i psihološko starenje ne moraju početi u isto vrijeme (4).

Za razliku od kronološkog starenja koji je indeks protoka ljudskog vremena, biološko starenje odnosi se na temeljne procese starenja na biološkoj razini. Točnije bavi se temeljnom o bolesti neovisnom akumulacijom patofizioloških promjena koje doprinose smrtnosti tijekom vremena. Biološka dob definirana kliničkim i molekularnim biomarkerima (metilirana DNA, razine mRNA, cirkulirajući metaboliti, glukoza, broj eritrocita, leukocita, CRP i dr.) doista predviđa ukupnu smrtnost i pojavu

bolesti povezanih sa starenjem bolje i od kronološke dobi. Psihičko starenje odnosi se na ljudsku svijest i njegovu prilagodljivost procesu starenja. Među adaptacijskim stavovima možemo razlikovati: konstruktivne, ovisne, neprijateljske prema drugima i prema sebi.

Društveno starenje ograničeno je na ulogu stare osobe, kulturološki je uvjetovano i može se mijenjati kako se mijenjaju običaji.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) dijeli stariju životnu dob na: ranu, srednju i duboku starost (2).

Zdravo starenje među ključnim je granicama za gerijatriju i gerontologiju dvadeset prvog stoljeća. Gerontologija je pozicionirana za rješavanje ne samo bolesti, slabosti i smrti, već i nade pacijenata da ostanu zdravi i dobro funkcioniraju te optimiziraju svoje zdravlje. Definicije, modeli i metrika zdravog starenja sve su dinamičnija i višedimenzionalna, crpeći saznanja iz biomedicine, društvenih znanosti, perspektive starijih osoba i geroznanosti. S obzirom na trenutnu i predviđenu demografiju, usredotočenost na zdravo starenje na razini stanovništva, zdravstvenog sustava, istraživanja, kliničke i individualne razine smanjit će troškove i opterećenja uz poboljšanje života (5).

O pitanjima zašto starimo, kada počinjemo stariti i što je marker starenja čovječanstvo često razmišlja u posljednjih nekoliko stotina godina. Međutim, unatoč nedavnim napretcima u molekularnoj biologiji i genetici, misterije koje kontroliraju ljudski životni vijek tek se trebaju razotkriti.

Predložene su mnoge teorije koje objašnjavaju proces starenja, no čini se da nijedna nije u potpunosti zadovoljavajuća.

Tradicionalne teorije starenja smatraju da starenje nije prilagodba ili genetski programirano. Suvremene biološke teorije starenja kod ljudi dijele se u dvije glavne kategorije: programirane i teorije oštećenja ili pogreške. Programirane teorije impliciraju da starenje slijedi biološki raspored, možda nastavak onog koji regulira rast i razvoj djetinjstva. Ova regulacija ovisila bi o promjenama u ekspresiji gena koje utječu na sustave odgovorne za održavanje, popravak i obrambene odgovore. Teorije štete ili pogreške naglašavaju napade iz okoliša na žive organizme koji uzrokuju kumulativnu štetu na različitim razinama kao uzrok starenja (5).

Općenito, iako je predloženo više teorija starenja, trenutno ne postoji konsenzus o ovom pitanju. Mnoge od predloženih teorija međusobno djeluju na složen način. Razumijevanjem i testiranjem postojećih i novih teorija starenja, moguće je promicati uspješno starenje, kao i produžiti životni vijek čovječanstva.

1.2. DEMOGRAFSKA SLIKA HRVATSKE I SVIJETA

U posljednjih 150 godina na razvoj stanovništva djelovalo je više čimbenika od kojih su najvažniji kontinuirano, katkad i intenzivno iseljavanje stanovništva u europske i prekomorske zemlje te svjetski ratovi i Domovinski rat. Posljednje značajno smanjenje broja stanovnika pojačano je nakon ulaska Hrvatske u Europsku uniju iseljavanjem, ponajviše u Irsku, Njemačku i Austriju. Službena procjena iz 2020. godine bila je da u Hrvatskoj živi 4,05 milijuna ljudi s gustoćom naseljenosti od 72 stanovnika/km². Prema službenim podacima Državnog zavoda za statistiku po popisu iz 2021. godine u Hrvatskoj živi 3.888.529 milijuna stanovnika (6).

Osim po smanjenju broja stanovnika suvremena demografska slika Hrvatske u mnogočemu je slična onoj ostalih članica Europske unije. Obilježavaju je i procesi starenja, prirodne depopulizacije te prostorne polarizacije. Produljenjem očekivane životne dobi na 81 godinu za žene i 75 za muškarce stanovništvo sve brže stari. Prosječna se starost s 30,7 godina prije šezdesetak godina povisila na 43,4 godine. U dobi od 60 i više godina danas je gotovo četvrtina stanovnika Hrvatske (24%), a prije pedesetak godina taj je udio iznosio 12%. Stanovništvo u osnovnoškolskoj dobi danas čini tek 15% ukupne populacije, a početkom 1960.-ih taj je udio bio 27% (7).

S procesom starenja stanovništva usko je vezana prirodna depopulizacija, odnosno smanjenje stanovništva zbog većeg broja umrlih nego rođenih, te pad prosječnog broja po ženi u fertilnoj dobi (1,5), čime se Hrvatska svrstava uz bok ostalih europskih država. Natalitet neprekidno pada od 1950.-ih, mortalitet se od 1970.-ih povisuje, a od 1990.-ih, kad je smrtnost povećana ratnim gubicima, negativne su i vrijednosti prirodne promjene. Prema Popisu stanovništva iz 2011. godine udio osoba od 65 godina (17,7%) je po prvi put veći od udjela broja mladih osoba od 0-14 godina (15,2%). Pretpostavlja se kako će se do 2050. godine broj osoba iznad 65 godina udvostručiti (1,5 milijarda) te će premašiti broj adolescenata između 15 i 24 godine života (1,3 milijarde). U odnosu

na 1953. godinu broj stanovnika vrlo visoke životne dobi u Hrvatskoj porastao je s tadašnjih 0,8% na 3,9% prema podacima iz 2011. godine (6).

1.3. PROMJENE ORGANA I ORGANSKIH SUSTAVA TIJEKOM STARENJA

Starenjem se javljaju fiziološke promjene u svim organskim sustavima. Suptilne nepovratne promjene u funkciji većine organa počinju se javljati u trećem i četvrtom desetljeću života, s progresivnim pogoršanjem s godinama.

1.3.1. Kardiovaskularni sustav

Srčani minutni volumen se linearno smanjuje nakon trećeg desetljeća po stopi od oko 1% godišnje kod osoba bez srčanih bolesti. Sa starenjem je povezano povećanje dijastoličke i sistoličke krutosti miokarda, zbog povećane intersticijske fibroze u miokardu. Također postoji progresivno ukrućenje arterija s godinama, osobito torakalne aorte, što dovodi do povećanog naknadnog opterećenje srca (8,9).

Progresivno povećanje krvnog tlaka nakon prvog desetljeća života dugo se smatralo kao normalna posljedica starenja i bila osnova za ignoriranje prisutnosti hipertenzije u starije osobe. Tek u posljednjih dvadesetak godina prospektivne studije su pružile dokaze o opasnosti hipertenzije za stariju dobnu skupinu kao i mlađe i potencijalnu preventivnu vrijednost ranog liječenja. Povišenje s godinama je izraženije za sistolički nego dijastolički tlak. Kada se hipertenzija definira kao sistolički krvni tlak veći od 160 mmHg i istovremeno dijastolički veći od 95 mmHg, otprilike 16% opće odrasle populacije je hipertenzivno, ali oko 50% starijih od 65 godina ima hipertenziju. Visoki krvni tlak je značajan čimbenik rizika za moždani udar, bolest koronarne arterije i kongestivno zatajenje srca. Arterioskleroza i koronarna arterijska bolest te zadebljanje stijenki arterija s hiperplazijom intime, kolagenizacija medije nakupljanje kalcija i fosfata u elastična vlakna progresivno napreduju starenjem. U starijoj životnoj dobi najčešća bolest srčanog provodnog sustava je atrijska fibrilacija (10,11).

1.3.2. Dišni sustav

Linearno smanjenje vitalnog kapaciteta iznosi oko 26 ml godišnje za muškarce i 22 ml godišnje za žene počevši od 20 godina. Međutim, ukupni kapacitet pluća ostaje konstantan, a time se i rezidualni volumen povećava s godinama. Omjer ostatka volumena do ukupnog kapaciteta pluća (RV/TLC) je oko 20% u dobi od 20 godina i povećava se na 35% do 60. godine, najvećim dijelom do ovog povećanja RV/TLC dolazi nakon 40. godine života. Poznato je da stariji pacijenti imaju naglašeno povećanje incidencije upale pluća, i bakterijskih i virusnih, u usporedbi s mlađim osobama. Iako se mnogo toga može dogoditi zbog opće depresije funkcije imunološkog sustava, drugi specifičniji čimbenici mogu igrati ulogu. Upala pluća općenito nastaje aspiracijom orofaringealnog sekreta i takva se aspiracija pojavljuje češće kod starijih osoba. Možda je čak važnije što je mehaničko čišćenje traheobronhlnog stabla mukocilijarnim aparatom značajno sporije u starijih osoba nego u mlađih. Također, zbog slabije oralne higijene, smanjenog protoka sline ili poteškoća s gutanjem, starije osobe imaju veću stopu kolonizacije orofarinksa s gram-negativnim bacilima (12,13).

1.3.3. Genitourinarni sustav

Postupno smanjenje volumena i težina bubrega nastaje starenjem tako da u devetom desetljeću veličina bubrega iznosi 70% veličine bubrega iz trećeg desetljeća (14). Dolazi i do pada ukupnog broja glomerula bubrega s milijun u dobi ispod 40 godina na 700 000 u dobi od 65 godina. S padom broja glomerula postoji i prateći pad klirensa kreatinina. Ovaj gubitak u bubrežnoj funkciji ima značajne posljedice u liječenju starijih bolesnika. Tubularna funkcija također se smanjuje sa dobi, koncentracijska i dilucijska sposobnost bubrega također se polako pogoršava što može doprinijeti većoj sklonosti dehidraciji i hiponatrijemiji kod starijih.

Urinarna inkontinencija je prisutna oko 17% muškaraca i 23% žena starijih od 65 godina. Kapacitet mokraćnog mjehura se smanjuje s oko 500-600 ml u mlađih od 65 godina na 250-600 ml u starijih od 65 godina. Povećanje prostate prisutno je u većine

starijih muškaraca. U dobi od 80 godina više od 90% muškaraca ima simptomatsku hiperplaziju prostate (15,16).

1.3.4. Mišično-koštani sustav

Smanjenje nemasne tjelesne mase ovisno o dobi je dobro poznato i prvenstveno je posljedica gubitka i atrofije mišićnih stanica. Neki mišići kao npr. dijafragma ne pokazuju nikakve promjene, dok drugi kao npr. mišići potkoljenice pokazuju izraženu infiltraciju kolagenom i mastima (17). Događaju se promjene u inervaciji mišića. Sa starenjem dolazi i do smanjenja sinteze i koncentracije kolagena i mehaničkih vlakana u ligamentima. Degenerativna bolest zglobova pojavljuje se u 85% osoba starijih od 70 godina i glavni je uzrok invalidnosti. Karakterizirana je degeneracijom hrskavice, stanjenjem suphondralne kosti i remodeliranjem kosti sa formacijom subartikularnih cista (18,19).

U starijoj životnoj dobi, učestalije kod žena česta je metabolička bolest kostiju osteoporoza. Nju karakterizira smanjenje koštane mase i poremećena mikroarhitektura kostiju zbog čega kost postaje manje čvrsta i podložna prijelomima bilo spontano ili uz silu koja je manja od inače potrebne za prijelom zdrave kosti. Zlatni standard u dijagnosticiranju osteoporoze je denzitometrija, koja predstavlja radiološku metodu koja nam pokazuje odstupanje od vršne koštane mase za mladu odraslu populaciju. Prva linija zaštite od gubitka koštane mase su pravilna prehrana, tjelesna aktivnost te odgovarajući unos kalcija i vitamina D. Uočeno je da 40-50% ljudi ima nedostatak vitamina D. To se najviše uočava kod starijih ljudi te je istih posljedica nedovoljnih izlaganja suncu te smanjene sposobnosti stvaranja vitamina D u koži. Samo 20% potreba za vitaminom D zadovoljava se putem hrane zbog čega je potrebna nadomjesna primjena vitamina D. Upravo odgovarajuća razina vitamina D u tijelu doprinosi smanjenju učestalosti padova i prijeloma te poboljšava mišićnu funkciju. Preporučeni dnevni unos vitamina D je 800 do 1000 IJ (20,21).

1.3.5. Imunološki sustav

Starenjem doživljava određene promjene koje dovode do povećane osjetljivosti za infektivne bolesti kao i do povećanja rizika za nastanak malignih oboljenja. Mogu se razviti i autoimuni poremećaji, u kojima imunološki sustav pogrešno napada i oštećuje ili uništava zdrava tjelesna tkiva. U organizmu se nalazi manje imunoloških stanica koje dovode do ozdravljenja (22,23).

1.3.6. Koža

Atrofija epiderme javlja se s godinama te je najizraženija na izloženim područjima: lice, vrat, gornji dio prsnog koša i ekstenzorna površina šake i podlaktice. Osim stanjivanja epiderme dolazi do značajnog spljoštenja dermalnog epidermalnog spoja s brisanjem dermalnih papila. Stopa rotacije stanica u sloju corneum se smanjuje s godinama i kod osoba starijih od 65 potrebno je 50% dulje da se reepitelizira koža s mjehurićima nego u mladih odraslih osoba. Starenjem dolazi do smanjenja rasta i diobe epidermalnih stanica. Koža postaje tvrđa i manje savitljiva s godinama; elastin je više umrežen i ima viši stupanj kalcifikacije. Ove promjene uzrokuju gubitak tonusa i elastičnosti kože, što rezultira pojavom bora (24).

1.3.7. Probavni sustav

Slabljenje funkcije mišića donjeg ezofagealnog sfinktera i smanjen peristaltički odgovor doprinosi poteškoćama s gutanjem (25). S dobi se povećava incidencija atrofičnog gastritisa, oko 45% zdravih osoba starijih od 65 godina ima atrofični gastritis. Kod starijih ljudi učestao je motilitet probavnog trakta kao posljedica promjene živčanog sustava tako da se konstipacija javlja u čak 30-50% starijih osoba i značajno utječe na kvalitetu života. S tim je povezana i pojava divertikula koji su vrlo rijetki u dobi ispod 45 godina, a prisutni u oko 50% starijih od 80 godina. Također u starijih često dolazi do gubitka kontrole unutarnjeg i vanjskog analnog sfinktera što rezultira inkontinencijom stolice. Iako testovi jetrene funkcije ne pokazuju promjenu sa

dobi veliki broj lijekova se metabolizira preko jetre starijih osoba što je vjerojatno uzrokovano smanjenjem glatkog endoplazmatskog retikuluma u stanicama. Bolesti bilijarnog trakta su također rijetke prije trećeg desetljeća, a incidencija kolelitijaze raste s dobi (26).

1.3.8. Endokrini sustav

Sa dobi dolazi do progresivnog smanjenja broja i funkcije beta stanica koje proizvode inzulin. Također dolazi do progresivne periferne inzulinske rezistencije. To dovodi do intolerancije glukoze u starijih osoba. U žena iznad 45-50 godina dolazi do pojave menopauze zbog nestanka jajnih stanica u jajniku. Posljedice menopauze su: vazomotorna nestabilnost, pojačan rizik aterosklerotskih kardiovaskularnih bolesti, osteoporoza i starenje kože (27).

1.4. DEMENCIJE

Demencija je sindrom (obično kronične ili progresivne prirode) koji dovodi do pogoršanja kognitivnih funkcija. Demencije nastaju zbog poremećaja u neuronskim krugovima i zbog ukupnog gubitka neurona u specifičnim područjima mozga. Sami naziv demencija dolazi od latinske riječi *dementia*, što u prijevodu znači „ludilo, bezumnost“. Najčešća kognitivna sposobnost koja se gubi demencijom jest pamćenje, ali zahvaćene su i ostale kognitivne sposobnosti kao što su pažnja, govor, prosuđivanje, računanje, apstraktno mišljenje, orijentacija, percepcija, motorne i izvršne funkcije, procjenjivanje i rješavanje problema (28). Demencija je posljedica raznih bolesti i ozljeda koje primarno ili sekundarno zahvaćaju mozak, kao što su Alzheimerova bolest ili moždani udar.

Demencija je kronična progresivna bolest, tijekom godina kod oboljele osobe dolazi do sve većeg propadanja psihičkih funkcija, oboljela osoba sve slabije funkcionira i sve je više ovisna o tuđoj pomoći. Rijetko dolazi do oporavka i zaustavljanja intelektualnog propadanja. Smrtni ishod kod oboljelih od demencije obično nastupa nakon 10-15 godina od dijagnosticiranja bolesti .Alzheimerova bolest

čini gotovo tri četvrtine slučajeva demencije, a ostatak čine vaskularna demencija, mješovita Alzheimerova bolest i vaskularna demencija, demencija s Lewyjevim tijelima i frontotemporalna demencija (29).

Demencija je trenutno sedmi vodeći uzrok smrti među svim bolestima i jedan od glavnih uzroka invaliditeta i ovisnosti među starijim osobama diljem svijeta. Demencija ima fizičke, psihološke, socijalne i ekonomske posljedice, ne samo na osobe koje žive s demencijom, već i na njihove skrbnike, obitelji i društvo u cjelini. Često postoji nedostatak svijesti i razumijevanje demencije, što rezultira stigmatizacijom i preprekama za dijagnosticiranje i skrb (30).

1.4.1. Etiologija i epidemiologija demencija

Osnovni uzrok nastanka demencija jest odumiranje stanica mozga odnosno neurona. Za razliku od ostalih stanica neuroni nemaju mogućnost obnove. Odumrli neuroni ne mogu vratiti svoju funkciju, a zahvaćeno područje atrofira. Neuroni mogu biti uništeni uslijed ozljede ili bolesti mozga te kada je onemogućen ili otežan dotok krvi u mozak (29).

Najčešći uzrok demencije su uzastopni moždani udari koji postupno razaraju moždano tkivo. To stanje je poznato kao multiinfarktna demencija. Demencija se pojavljuje i kod ljudi oboljelih od AIDS-a i Creutzfeldt-Jacobove bolesti. Do demencije dovode i metaboličke bolesti i poremećaji s manjkom vitamina i minerala (31).

Dobno standardizirana prevalencija za osobe u dobi ≥ 60 godina varirala je u uskom rasponu, 5%-7% u većini svjetskih regija, s višom prevalencijom u Latinskoj Americi (8,5%) i izrazito nižom prevalencijom u četiri podsaharske Afričke regije (2%-4%). Procijenjeno je da 2010. godine 35,6 milijuna ljudi u svijetu živjelo s demencijom, te se očekuje da će se broj udvostručiti svakih dvadeset godina, na 65,7 milijuna u 2030. godini i 115,4 milijuna u 2050. godini. 2010. godine 58% svih ljudi s demencijom živjelo je u zemljama s niskim ili srednjim dohotkom, pri čemu se predviđa da će taj udio porasti na 63% u 2030. i 71% u 2050. godini (32).

Republika Hrvatska nema sustavne podatke o broju osoba s demencijom. Jedinu podatke dolaze iz bolničkih ustanova i njihovih evidencija prema broju hospitaliziranih

pod dijagnozom demencije. U Republici Hrvatskoj trenutno se procjenjuje da ima oko 86 000 oboljelih od demencije (33).

1.4.2. Simptomi demencije

U ranoj fazi najčešći simptomi su problemi s pamćenjem i to nedavnih događaja, no kako bolest napreduje nestaje sjećanje i na daleke događaje i temeljne činjenice. Dementna osoba lako zaboravlja, a teško se prisjeća. Pojavljuju se promjene ličnosti, tjeskoba, socijalno povlačenje, ispadi bijesa. Početak je bolesti obično spor, tijekom je kroničan a promjene su ireverzibilne. Još neki od simptoma demencije su afazija, poremećaji orijentacije, apraksija, agnozija. Bolesnici postaju inkontinentni, smeteni su, dezorijentirani, lutaju te postaju agitirani. Osoba oboljela od demencije nema mogućnosti učenja novih stvari. Bolesnik također postaje agresivan jer gubi kontrolu nad svojim nagonima. Naposljetku nastaje cjelokupna promjena bolesnikove ličnosti i ponašanja što dovodi do nemogućnosti svakodnevnog ponašanja i rasuđivanja te invalidnosti (34).

1. Početni ili blagi stadij – ovo je stadij u kojem su simptomi demencije slabo primjetni. Javlja se zaboravljivost (koja se povezuje sa starijom životnom dobi), učestalo ponavljanje istih radnji, gubljenje stvari, zbunjenost u vožnji, nemogućnost koncentracije, problemi kod uzimanja lijekova, promjene raspoloženja. U ovom stadiju bolesnik još može samostalno obavljati većinu svakodnevnih aktivnosti.
2. Srednji ili umjereni stadij – u ovom stadiju dolazi do ozbiljnijeg gubitka pamćenja, poteškoća u samostalnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti, osoba se sve teže snalazi u vremenu i prostoru, javlja se sve veća zbunjenost i uznemirenost, agresija, vikanje, lupanje, zaboravlja osobe i događaje. U ovom stadiju dolazi i do inkontinencije i problema s koordinacijom pokreta, te osoba više nije sposobna živjeti samostalno.
3. Završni stadij – u ovom stadiju osoba više ne zna samostalno jesti, sjediti ni hodati. Više ne prepoznaje ni članove najuže obitelji, govori teško i nerazumljivo. Javljaju se teškoće

s gutanjem hrane (gušenje). Ovaj stadij zahtijeva 24-satnu skrb i njegu o dementnoj osobi (35).

1.4.3 Podjela demencije

Demencije se najčešće dijele prema uzroku nastanka, pa tako imamo šest skupina dementnih sindroma. To su Alzheimerova demencija, Vaskularna demencija, demencija koja se javlja uz primarnu bolest (Parkinsonova bolest, Pickova bolest, AIDS, Wilsonova bolest, Huntingtonova bolest, Creutzfeldt-Jacobova bolest i druge), demencije uzrokovane različitim tvarima (sredstvima ovisnosti, lijekovima, otrovima), demencije višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demencije nepoznatog uzroka (36).

Druga podjela demencija je na primarne i sekundarne. Primarne (progresivne) demencije jesu one gdje je mozak zahvaćen neurodegenerativnim procesom (vaskularna demencija, Alzheimerova demencija). Sekundarne demencije uzrokovane su upalnim procesima, ozljedama mozga, intoksikacijama, tumorima te promjenama koje se događaju izvan središnjeg živčanog sustava (hormonalni, metabolički i drugi poremećaji).

Postoji i podjela demencija s obzirom na lokalizaciju oštećenja: kortikalne demencije (Alzheimerova demencija Lewyjevih tjelešaca), supkortikalne demencije (Parkinsonova bolest, Wilsonova bolest, Huntingtonova bolest) i mješovite forme gdje oštećenja mogu biti u bilo kojem području mozga (vaskularna demencija) (36).

1.4.3.1. Alzheimerova demencija

Alzheimerova bolest je neurodegenerativni poremećaj koji uglavnom karakterizira progresivni poremećaj pamćenja. To je bolest s podmuklim početkom i sporim napredovanjem. Smatra se da su jezični simptomi manje specifični za bolest i stoga do nedavno nisu privlačili zanimanje mnogih istraživača. Tipični bolesnici s Alzheimerovom demencijom imaju amnezijsku afaziju u ranoj fazi bolesti. Alzheimerova bolest je odgovorna za značajan individualni morbiditet i smrtnost te

ekonomski utjecaj na zdravstveni sustav. Alzheimerova bolest obuhvaća oko 60% svih demencija, u starijoj dobi taj postotak je još i veći. Bolest obično nastaje između 50. i 60. godine života. Prevalencija raste, iako ne tako brzo kao što se prije vjerovalo. Klinička dijagnoza može biti teška, ali uvedene su dijagnostičke metode koje su se pokazale točnima u potpori kliničke dijagnoze. Primjena ovih metoda raste, djelomično zbog poboljšane svijesti o kognitivnim simptomima i važnosti ranog otkrivanja i dijagnoze, posebno kada postanu dostupni učinkovitiji lijekovi koji modificiraju bolest. Trenutno se može propisati samo simptomatsko liječenje, a fokus bi trebao biti na potencijalnim profilaktičkim strategijama (37).

1.4.3.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija, heterogena skupina moždanih poremećaja, sljedeći je najčešći oblik demencije nakon Alzheimerove bolesti i čini najmanje 20% slučajeva demencije. Vaskularna demencija je uzrokovana blokiranim ili smanjenim protokom krvi u mozgu što će neuronima uskratiti kritične hranjive tvari. Ova deprivacija na kraju uzrokuje umiranje neurona, a moždano tkivo se počinje smanjivati.

Prvi slučaj vaskularne demencije izvijestio je 1672. Thomas Willis u svojoj knjizi *De Anima Brutorum*. Nakon što je prepoznao razlike između krvarenja i ishemijskog moždanog udara, Bayle je otkrio da je apopleksija začepljenje arterija s izljevom krvi u tako malim količinama zbog neuspjeha dotoka krvi u mozak.

Simptomi vaskularne demencije razlikuju se ovisno o tome u kojem dijelu mozga su žile i protok krvi opstruirani. Međutim, uobičajene indikacije mogu se pojaviti kao dezorijentacija, poteškoće u razmišljanju, razumijevanju, nemogućnost stvaranja novih sjećanja, uznemirenost ili simptomi ponašanja. Simptomi vaskularne demencije mogu biti najočitiji kada se pojave ubrzo nakon velikog moždanog udara i mogu se postupno razviti.

Demencija je posljedica i faktor rizika za moždani udar i vaskularnu demenciju. Moždani udar je jedan od primarnih uzroka invaliditeta, a moždani udar udvostručuje rizik od razvoja vaskularne demencije. Niže obrazovanje, starija dob, šećerna bolest, infarkt miokarda, fibrilacija atrijska, epileptički napadaji, sepsa, srčane aritmije, kongestivno zatajenje srca, globalna cerebralna atrofija i atrofija medijalnog

temporalnog režnja, te promjene bijele tvari povezuju se s povećanim rizikom od demencija nakon moždanog udara (38).

1.4.3.3. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija je podmukli neurodegenerativni klinički sindrom karakteriziran progresivnim deficitom u ponašanju, izvršnoj funkciji i jeziku. Poremećaj je treći najčešći oblik demencije u svim dobnim skupinama, nakon Alzheimerove bolesti i demencije s Lewyjevim tijelima, i vodeći je tip demencije s ranim početkom. Frontotemporalna demencija čini oko 10% svih demencija.

Prvi opis bolesnika s frontotemporalnom demencijom dao je Arnold Pick 1892.; bolesnica je imala afaziju, lobarnu atrofiju i presenilnu demenciju. Godine 1911. Alois Alzheimer je prepoznao karakterističnu povezanost s Pickovim tijelima i kliničkopatološki entitet nazvao Pickova bolest, što je dovelo do upotrebe Pickove bolesti kao sinonima za frontotemporalnu demenciju.

Frontotemporalna demencija klasificira se u tri kliničke varijante: bihevioralna varijanta frontotemporalne demencije, koja je povezana s ranim bihevioralnim i izvršnim deficitima; nefluentna varijanta primarne progresivne afazije, s progresivnim deficitom u govoru, gramatici i izlaznoj riječi; i semantička varijanta primarne progresivne afazije, koja je progresivni poremećaj semantičkog znanja i imenovanja.

Diferencijalna dijagnoza frontotemporalne demencije zahtijeva pažljivu anamnezu koja ispituje napredovanje promjena u ponašanju, obiteljsku anamnezu, ponašanje u razgovorima licem u lice, učinak neuropsiholoških testiranja, laboratorijske studije i neuroradiološke pretrage. U atipičnim slučajevima potrebno je napraviti procjenu likvora.

Uz kontinuirani napredak u tehnikama snimanja, nekoliko metoda može se koristiti za pomoć u dijagnozi frontotemporalne demencije. Strukturni MRI (magnetska rezonancija) i CT (kompjutorizirana tomografija) pokazuju obrasce atrofije: frontotemporalnu demenciju karakterizira prevladavajuća frontalna ili temporalna atrofija, a atrofija u frontoinsularnoj regiji posebno je indikativna za frontotemporalnu demenciju.

Obiteljska anamneza demencije prijavljena je u do 40% slučajeva frontotemporalne lobarne degeneracije, iako jasna autosomno dominantna anamneza čini samo 10% slučajeva. Ne postoje odobreni lijekovi koji modificiraju bolest za liječenje frontotemporalne demencije. Liječenje se bazira na ublažavanje simptoma (39).

1.4.4 Dijagnoza demencije

Trenutno se dijagnoza demencije oslanja na sveobuhvatne kognitivne i medicinske procjene. Pravovremena dijagnoza demencije može potencijalno poboljšati kvalitetu života bolesnika s demencijom i njihovih obiteljskih skrbnika. Takva dijagnoza liječnicima može dati priliku da propisuju tretmane koji mogu usporiti napredovanje demencije i dati pacijentima i njihovim obiteljima priliku da pristupe odgovarajućim uslugama podrške i sudjeluju u raspravama i donošenju odluka o budućoj skrbi.

Rana dijagnoza i identifikacija tipa demencije može prije identificirati nedostatke, pružiti simptomatsko liječenje, izbjegavati lijekove koji mogu pogoršati simptome, informirati o napredovanju bolesti tijekom vremena, potaknuti planiranje unaprijed njege i pomoći. Do 90% bolesnika s malo ili ranim simptomima demencije nije dobila dijagnozu demencije, a njihovi simptomi se često pogrešno dijagnosticiraju kao depresija, gubitak pamćenja i nedostatak vitamina.

Najnovije smjernice preporučuju neuroradiološki pregled za skeniranje mozga (kompjutorizirana tomografija (CT) ili magnetska rezonancija (MRI)) kako bi se isključili strukturni uzroci kliničkog fenotipa, na primjer subduralni hematoma, ali ponekad kliničari mogu postaviti dijagnozu samo na temelju anamneze i prezentacije. Dijagnoza demencije definirana je manjkom u više od dvije kognitivne domene dovoljnog stupnja da naruši funkcionalne aktivnosti. Ovi simptomi su obično progresivni tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i ne bi se trebali pripisati nekom drugom poremećaju mozga. Ispitivanje mentalnog stanja korištenjem orijentacijskog MMSE testa („Mini-Mental State Examination“). To je kognitivni test koji se obično koristi kao dio procjene moguće demencije. MMSE je test na papiru s maksimalnim brojem bodova od 30, a niži rezultati ukazuju na teže kognitivne probleme. Točka rezanja utvrđena za MMSE definira „normalnu“ kognitivnu funkciju i

obično se postavlja na 24, iako bi teoretski mogla pasti bilo gdje od 1 do 30. MMSE doprinosi dijagnozi demencije u okruženjima niske prevalencije, ali se ne bi trebao koristiti zasebno za potvrđivanje ili isključivanje bolesti. Analizom likvora može se utvrditi povećanje proteinske komponente (40).

1.4.5 Liječenje demencije

Opći ciljevi su smanjiti patnju uzrokovanu kognitivnim i popratnim simptomima (npr. raspoloženje i ponašanje), te odgoditi progresivni kognitivni pad. Za postizanje općih ciljeva koristi se nefarmakološki i farmakološki pristup.

Za složene manifestacije demencije mogu biti od pomoći upućivanje specijalistima, kao što su kliničari, socijalni radnici, logopedi i drugi. Kognitivni trening i aktivnosti kao što su čitanje i igranje kognitivno zanimljivih igara (npr. šah, bridž) mogu pomoći u održavanju kognicije i funkcije. Glazbena ili umjetnička terapija i drugi iskustveni pristupi mogu pomoći u održavanju spoznaje ili poboljšanju kvalitete života. Tjelesna tjelovježba poboljšava kardiovaskularno zdravlje. Društvene aktivnosti su također korisne kod osoba s kognitivnim oštećenjima. Budući da se najduže čuvaju stara sjećanja iz djetinjstva, terapija reminiscencije koja se sastoji od psihoterapije koja koristi osobnu povijest ranih životnih priča pojedinca i događaja, može poboljšati psihološku dobrobit.

Od farmakološkog liječenja imamo pet lijekova, od koji su četiri trenutno dostupna na recept te daju skromnu simptomatsku korist za kognitivne simptome. To su acetilkolinesterazni inhibitori (donepezil, rivastigmin, galantamin), NMDA receptor antagonist (memantil) i kombinacijski lijek (memantil i donepezil).

Demenciju često prate neuropsihijatrijski problemi i problemi u ponašanju. Oko 95% pacijenata ima barem blage simptome, najčešće apatiju (83%) i depresiju (63%). Ne postoje odobreni tretmani za ove nekognitivne manifestacije u okruženju demencije. Za depresiju se mogu isprobati niske doze antidepresiva kao što je selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (npr. escitalopram) (41).

1.5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD SKRBI ZA STARIJE I DEMENTNE BOLESNIKE

Budući da je sve više starije populacije i bolesnika s demencijom postoji velika potreba za poboljšanjem zdravstvene skrbi za njih. Iako se demencija ne može izliječiti bolesnici koji žive s demencijom mogu živjeti dobro, odgoditi progresiju bolesti i postići bolju kvalitetu života ako se bolest na vrijeme dijagnosticira te se oni dobro liječe i imaju kvalitetnu skrb. Čak i kada dobiju dijagnozu na vrijeme skrb je često nekoordinirana, rascjepkana i neadekvatna za individualne potrebe bolesnika. Skrb zahtijeva interdisciplinarnu suradnju zdravstvenih profesionalaca kao što su: medicinske sestre, liječnici primarne zdravstvene zaštite, neurolozi, psihijatri i gerijatri.

Zbog kompleksne kombinacije komorbiditeta i polifarmacije posebno u okolini koja je nepoznata bolesniku (npr. bolnica, domovi za starije) briga za starije i dementne je ponekad izazov za medicinske sestre koje bi trebale koristiti personalizirani pristup što bi uključivalo razvoj terapijskog odnosa i poznavanje životne priče pojedinca i njegovih sklonosti, te partnerski odnos s obitelji oboljelog.

Medicinske sestre su glavni skrbnik pacijenata i kao takve mogu biti ključni zagovornik potreba pacijenata. Medicinske sestre također mogu biti prva osoba koja prepoznaje da pacijenti imaju ili su u opasnosti od kognitivnog oštećenja/demencije te mogu razgovarati s pacijentima i njihovim skrbnicima o zabrinutosti koje mogu imati u vezi s demencijom. Na primjer, ako je osoba primljena na odjel sa zbunjenošću, to može biti posljedica njezine bolesti, ali također može biti znak za temeljno kognitivno oštećenje. Medicinske sestre mogu provoditi vrijeme razgovarajući s članovima obitelji i pojedincima o promjenama koje su možda primijetili, prethodnim funkcionalnim sposobnostima i kako su se stvari promijenile tijekom vremena. Obitelji se mogu osjećati lakše otkrivajući zabrinutost medicinskim sestrama nego drugom medicinskom osoblju.

Vještine koje medicinska sestra razvije tijekom brige o starijim bolesnicima i bolesnicima s demencijom, kao što su osjećajnost, suosjećanje i empatija osnovne su kvalitete koje su važne za rad svake sestre. Ipak trebalo bi više ulagati u edukaciju medicinskih sestara iz polja gerijatrije radi što boljeg razumijevanja specifičnih potreba starijih bolesnika i bolesnika s demencijom (42).

2. CILJ

Glavni cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi te istražiti postoji li povezanost među mjernim varijablama.

Specifični cilj istraživanja je ispitati postoji li povezanost stavova o starenju i starosti sa stavovima o demenciji.

2.1.HIPOTEZE

Istraživanje se temelji na sljedećim hipotezama:

H1: Percepcija studenata medicinskih usmjerenja općenito je pozitivnija u tri kategorije ispitivanja: prema starenju i starijim osobama, te demenciji.

H2: Percepcija studenata nije različita bez obzira na demografska obilježja (dob, spol, boravište, godina studiranja).

H3: Postoje razlike u percepciji studenata prema starenju s obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama.

H4: Model percepcije prema starenju i demenciji potvrđuje da je skup čimbenika kao što su demografski čimbenici, obrazovni čimbenici, različiti edukativni sadržaji kojima su studenti bili izloženi i suživot s osobama starije dobi značajno utječu na percepciju kod studenata.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

Kako bi se ispitalo stavove studenata, napravljeno je presječno istraživanje (anketno ispitivanje). Ispitanici su studenti Sveučilišta u Splitu koji studiraju na Medicinskom, Pomorskom i Filozofskom fakultetu, te na odjelu Zdravstvenih studija. Mjesto istraživanja je Sveučilište u Splitu.

Obrađeni podaci prikupljeni su putem online ankete kojoj su pristupili studenti Odjela Zdravstvenih studija, Medicinskog, Pomorskog i Filozofskog fakulteta svih smjerova i godina.

Sukladno odredbi članka 18. Etičkog kodeksa Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu, Povjerenstvo je zauzelo stajalište kako je predmetno istraživanje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa koje reguliraju istraživanje na ljudima u znanstvenom, istraživačkom i stručnom radu i etičkim načelima Helsinške deklaracije. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (KLASA:001-01/21-01/01; UR.BROJ:2181-228-103/1-21-8).

3.1. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Za potrebe izrade empirijskog dijela ovog diplomskog rada proveden je anketni upitnik koji se sastojao od 4 dijela, i to dijela kojim su prikupljeni podatci o sociodemografskim obilježjima ispitanika, dijela kojim je ispitano znanje upotrebom Palmerove ljestvice, dijela kojim su prikupljeni podatci o stavu prema starenju i starijim osobama upotrebom Koganove ljestvice te DAS ljestvice kojom su prikupljeni podatci o stavu prema demenciji.

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na anketna pitanja, dok se upotrebom metoda deskriptivne statistike prezentiraju srednje razine stavova upotrebom medijana i aritmetičke sredine sa

pripadajućim pokazateljima raspršenosti oko srednjih vrijednosti, i to upotrebom interkvartilnog raspona, te standardne devijacije.

U radu se koristi χ^2 test kojim se ispituje prisutnost razlike u strukturi ispitanika, dok se kod ispitivanja hipoteza koriste T-test, Anova test, te regresijska analiza.

Analiza je rađena u statističkom softwaru STATISTICA 12, TIBCO Software Inc., California.

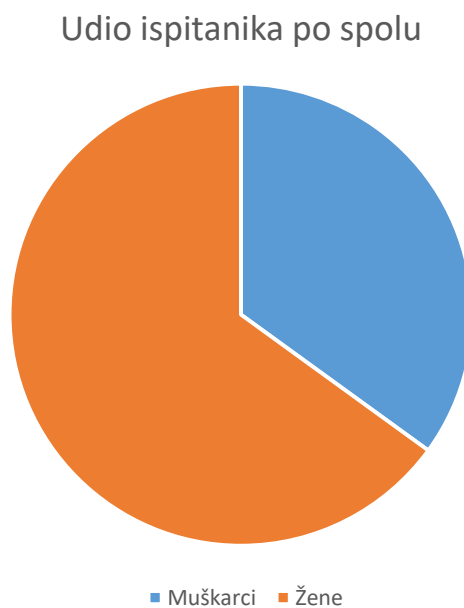
4. REZULTATI

Anketni upitnik su ispunila 233 studenta zdravstvenih i nezdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu.

Tablica 1. Dob studenata

N	Medijan	IQR
233	22,00	(20,00-24,00)

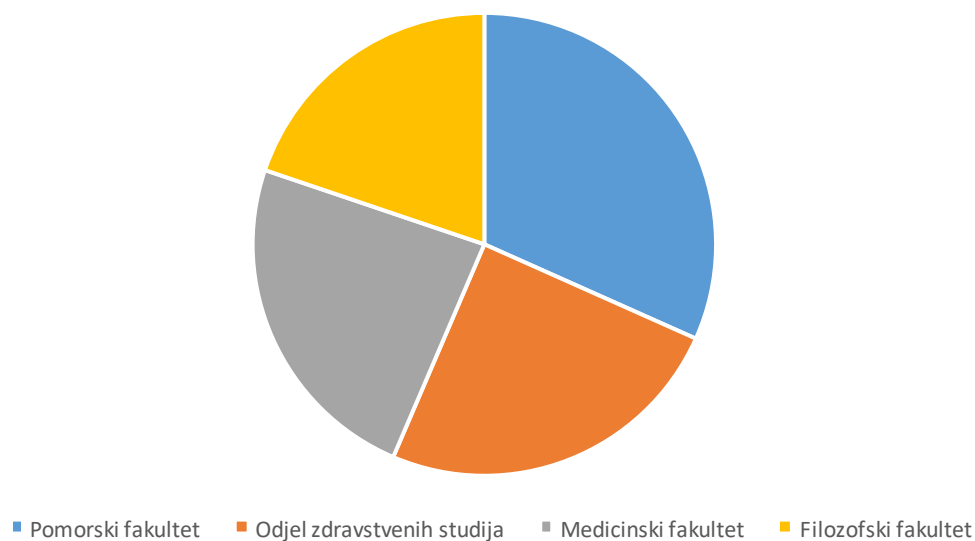
Srednja vrijednost dobi studenata je 22,00 godine (IQR=20,00-24,00).



Slika 1. Udio ispitanika po spolu

U istraživanju je sudjelovala 151 studentica (64,81%) te 82 studenta (35,19%), odnosno u istraživanju je sudjelovalo za 1,81 put više studentica u odnosu na studente. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na spol ($\chi^2=20,43$; $P<0,001$).

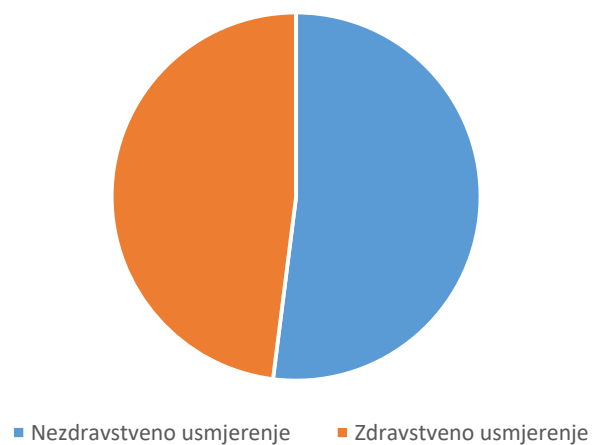
Udio ispitanika prema fakultetu



Slika 2. Udio ispitanika prema fakultetu

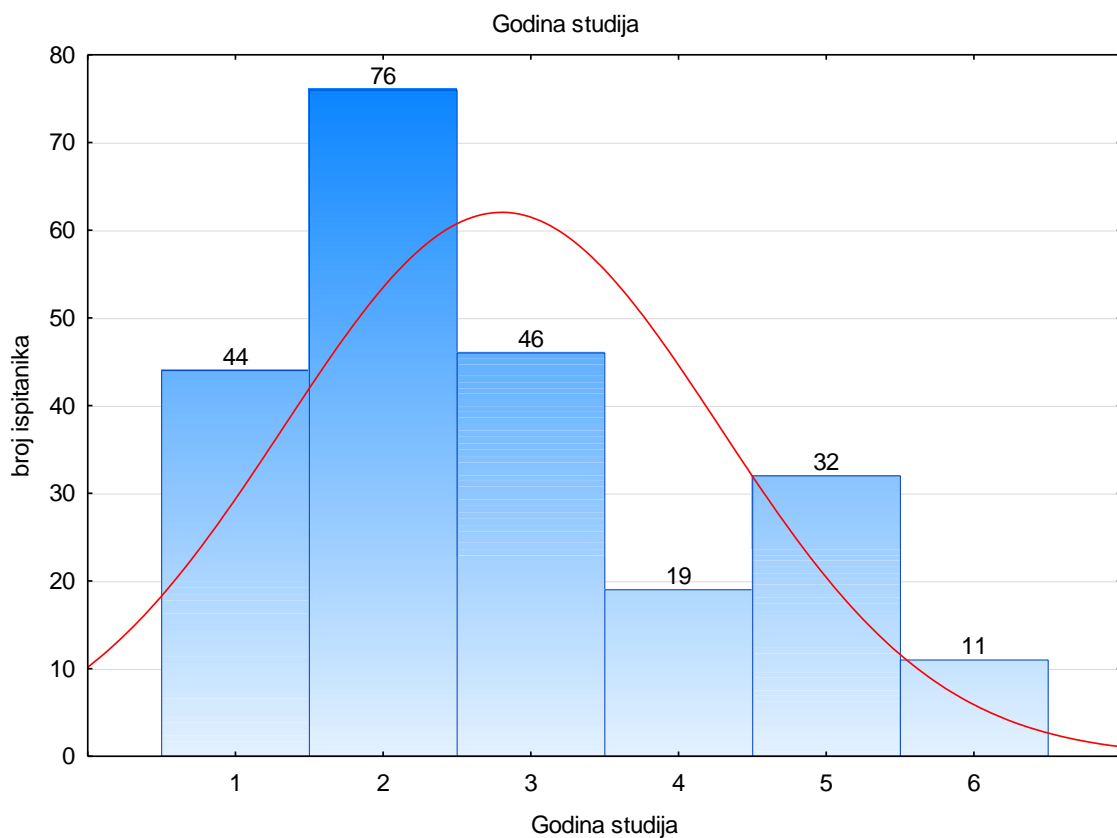
Za 1,61 put je više studenata koji pohađaju Pomorski fakulteti koji su u uzorku najviše zastupljeni ($n=71$; 31,76%) u odnosu na studente koji pohađaju Filozofski fakultet te koji su u uzorku najmanje zastupljeni ($n=46$; 19,74%). Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na pohađani fakultet ($\chi^2=7,02$; $P=0,071$).

Udio ispitanika s obzirom na usmjerenje



Slika 3. Udio ispitanika s obzirom na usmjerenje

Studenti su podijeljeni u dvije skupine obzirom na pohađani fakultet, odnosno studenti Medicinskog fakulteta i Odjela zdravstvenih studija svrstani su u grupu studenata zdravstvenog usmjerenja (n=113; 48,50%) dok su studenti Pomorskog i Filozofskog fakulteta svrstani u grupu studenata nezdravstvenog usmjerenja (n=120; 51,50%). Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na pohađani fakultet ($\chi^2=0,21$; $P=0,647$).



Slika 4. Godina studija anketiranih studenata

Na drugoj godini studija je najveći broj studenata ($n=76$) što je za 6,91 puta više u odnosu na zastupljenost studenata koji su na 6 godini studija i koji su u uzorku najmanje zastupljeni ($n=11$). Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na godinu studija ($\chi^2=70,26$; $P<0,001$).

Tablica 2. Prebivalište i život studenata

		N	%	χ^2	P
Prebivalište	gradsko naselje	149	63,95	100,85	<0,001
	prigradsko naselje	52	22,32		
	seosko naselje	32	13,73		
Živim	s roditeljima	173	74,25	175,55	<0,001
	s partnerom (bračnim ili nevjencanim)	31	13,30		
	sam/a	29	12,45		
Živi li s Vama u kućanstvu neka starija osoba?	Da	41	17,60	97,86	<0,001
	Ne	192	82,40		

* χ^2 test

U uzorku je za 2,87 puta više studenata koji žive u gradskom naselju (n=149; 63,95%) u odnosu na studente koji žive u prigradskom naselju (n=52; 22,32%), te je za 4,66 puta više studenata koji žive u gradskom naselju u odnosu na studente koji žive u seoskom naselju (n=32; 13,73%). Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na prebivalište ($\chi^2=100,85$; $P<0,001$). Za 5,58 puta je više studenata koji žive s roditeljima (n=173; 74, 25%) u odnosu na studente koji žive s partnerom (bračnim ili nevjencanim) (n=31; 13,30%) te je za 5,97 puta više studenata koji žive s roditeljima u odnosu na studente koji žive sami (n=29; 12,45%). Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom s kim žive ($\chi^2=175,55$; $P<0,001$). Nadalje, u uzorku je za 4,68 puta više studenata s kojima u kućanstvu ne živi neka starija osoba (n=192; 82,40%) u odnosu na studente s kojima živi (n=41; 17,60%). Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na življenje starije osobe u kućanstvu ($\chi^2=97,86$; $P<0,001$).

Tablica 3. Srodstvo starije osobe koja živi u kućanstvu

	N	%
Baka	38	92,68
Djed	14	34,15
Pradjed	1	2,44

S trideset i osam studenata u kućanstvu živi baka (92,68%), dok s četrnaest živi djed (34,15%) te s jednim pradjed (2,44%).

Tablica 4. Dob starije osobe u srodstvu

Dob starije osobe	N	Medijan	IQR
	34	78,00	(74,00-85,00)

Srednja vrijednosti dobi starije osobe koja živi u kućanstvu je 78,00 godina (IQR=74,00-85,00).

Tablica 5. Učestalost posjećivanja starijih osoba

	N	%	χ^2	P
svaki dan	30	12,88		
dva-tri puta tjedno	31	13,30		
jednom tjedno	49	21,03		
dva puta mjesečno	33	14,16		
jednom na mjesec	32	13,73	65,34	<0,001
na blagdane	7	3,00		
dva puta godišnje	14	6,01		
jednom godišnje	3	1,29		
uopće ih ne posjećujem	6	2,58		
nisu više živi	28	12,02		

* χ^2 test

Najveći broj studenata starije osobe u srodstvu posjećuje jednom tjedno (n=49; 21,03%).

Tablica 6. Percepcija starije osobe

	N	%	χ^2	P
50-59 godina	6	2,58		
60-69 godina	53	22,75		
70-79 godina	111	47,64	156,76	<0,001
80-89 godina	54	23,18		
90 i više godina	9	3,86		

* χ^2 test

Po mišljenju najvećeg broja studenata osoba je stara sa 70-79 godina (n=111; 47,64%), odnosno za 18,50 puta je više studenata koji misle da je osoba stara sa 70-79 godina u odnosu na studente koji su u uzorku najmanje zastupljeni te misle da je osoba stara sa 50-59 godina (n=6; 2,58%).

Tablica 7. Bolovanje od neke kronične bolesti

Bolujete li od neke kronične bolesti? (npr. hipertenzija)		n		χ^2	P
		Da	%		
		15	6,44	176,86	<0,001
		21			
	Ne	8	93,56		

* χ^2 test

Za 14,53 puta je više studenata koji ne boluju od neke kronične bolesti (n=218; 93,56%) u odnosu na studente koji boluju (n=15; 6,44%).

Tablica 8. Palmerov upitnik

	Točno		Netočno	
	N	%	n	%
6. Fizička snaga slabi tijekom starenja.	226	97,00	7	3,00
14. Vrijeme reakcije kod starijih osoba sporije je nego kod mlađih ljudi.	223	95,71	10	4,29
12. Starim osobama treba više nego mlađim osobama kako bi naučili nešto novo.	217	93,13	16	6,87
4. Kapacitet pluća slabi tijekom starenja.	210	90,13	23	9,87
2. Svih pet osjetila ima tendenciju slabljenja tijekom starenja.	207	88,84	26	11,16
22. Starije osobe sklonije su postati religioznije sa starenjem.	202	86,70	31	13,30
7. Najmanje 10% starih osoba (65 godina i više) živi u ustanovama s dugogodišnjim boravkom (staračkim domovima, duševnim bolnicama, domovima za ostarjele osobe).	187	80,26	46	19,74
20. Većina starijih osoba (65 i više godina) ima prihode niže od razine siromaštva.	185	79,40	48	20,60
17. Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže da su usamljeni.	176	75,54	57	24,46
21. Većina starijih osoba (65 i više godina) radi ili bi voljela raditi neki posao (uključujući kućanske poslove ili poslove volontiranja).	176	75,54	57	24,46
9. Većina starijih zaposlenika ne može raditi jednako učinkovito kao i mlađi zaposlenici.	165	70,82	68	29,18

11. Većina starih osoba nije sposobna prilagoditi se promjeni.	155	66,52	78	33,48
10. Oko 80% starih osoba (65 i više godina) kaže da su dovoljno zdravi za bavljenje svakodnevnim aktivnostima.	149	63,95	84	36,05
23. Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže kako su rijetko ljuti.	145	62,23	88	37,77
3. Većina (više od polovice) starijih osoba (65 i više godina) nije sposobna za seksualne odnose.	135	57,94	98	42,06
8. Ostarjeli vozači (stariji od 65 godina) imaju manje nesreća po vozaču nego vozači mlađi od 65 godina.	131	56,22	102	43,78
18. Stariji zaposlenici imaju manje nesreća od mlađih zaposlenika.	119	51,07	114	48,93
15. Općenito, većina starijih osoba prilično je slična.	112	48,07	121	51,93
16. Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže da im je rijetko dosadno.	100	42,92	133	57,08
19. Većina liječnika smatra starije osobe niskim prioritetom.	95	40,77	138	59,23
5. Većina (više od polovice) starijih osoba (65 i više godina) tvrdi da se osjeća nesretno.	89	38,20	144	61,80
1. Većina (više od polovice) starijih osoba (65 godina i više) je senilna (manjkavog pamćenja, dezorijentirana ili dementna)	60	25,75	173	74,25
13. Gotovo je nemoguće za većinu starijih osoba da nauče nešto novo.	36	15,45	197	84,55

Dvadeset i tri tvrdnje Palmerovog upitnika o starenju studenti su označavali s točno/netočno. Najveći broj studenta je točno označio tvrdnju "Fizička snaga slabi tijekom starenja." (n=226; 97,00%), dok je najmanji broj točno označio tvrdnju "Gotovo je nemoguće za većinu starijih osoba da nauče nešto novo." (n=36; 15, 45%). Sedamnaest tvrdnji je više od polovice studenata znalo točan odgovor.

Tablica 9. Skala stavova o demenciji (DAS)

	1		2		3		4		5	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
1. Osjećam se samopouzđano u blizini osoba s demencijom.	20	8,58	39	16,74	127	54,51	39	16,74	8	3,43
2. Mogu ležerno dodirivati osobe s demencijom.	10	4,29	32	13,73	75	32,19	92	39,48	24	10,30
3. Ne osjećam se ležerno u blizini osoba s demencijom.	20	8,58	69	29,61	99	42,49	37	15,88	8	3,43
4. Nisam dovoljno upoznat s	12	5,15	40	17,17	57	24,46	86	36,91	38	16,31

demencijom.											
5. Izbjegao bi kontakt s uzrujanom osobom s demencijom.	20	8,58	60	25,75	70	30,04	68	29,18	15	6,44	
6. Osjećam se opušteno u blizini osoba s demencijom.	12	5,15	42	18,03	125	53,65	44	18,88	10	4,29	
7. Frustriran sam jer ne znam kako pomoći osobama s demencijom.	7	3,00	37	15,88	85	36,48	86	36,91	18	7,73	
8. Nagrađujuće je raditi s osobama s demencijom.	9	3,86	30	12,88	118	50,64	63	27,04	13	5,58	
9. Ne mogu zamisliti da se moram brinuti o osobi s demencijom.	25	10,73	83	35,62	67	28,76	47	20,17	11	4,72	
10. Bojim se osoba s demencijom.	57	24,46	115	49,36	52	22,32	8	3,43	1	0,43	
11. Osobe s demencijom mogu biti kreativne.	2	0,86	10	4,29	56	24,03	117	50,21	48	20,60	
12. Svaka osoba s demencijom ima različite potrebe.	1	0,43	6	2,58	24	10,30	139	59,66	63	27,04	
13. Osobe s demencijom vole imati poznate predmete u blizini.	2	0,86	4	1,72	43	18,45	127	54,51	57	24,46	
14. Važno je znati protekli život osoba s demencijom.	1	0,43	10	4,29	62	26,61	110	47,21	50	21,46	
15. Moguće je uživati u druženju s osobama s demencijom.	3	1,29	6	2,58	41	17,60	119	51,07	64	27,47	
16. Osobe s demencijom mogu uživati u životu.	3	1,29	8	3,43	52	22,32	115	49,36	55	23,61	
17. Osobe s demencijom mogu osjetiti kada je netko dobar prema njima.	2	0,86	2	0,86	28	12,02	126	54,08	75	32,19	
18. Možemo učiniti mnogo kako bi poboljšali život osoba s demencijom.	2	0,86	1	0,43	29	12,45	123	52,79	78	33,48	
19. Divim se vještinama suočavanja s bolesti kod osoba s demencijom.	2	0,86	4	1,72	48	20,60	115	49,36	64	27,47	
20. Teško ponašanje može biti način komunikacije osoba s demencijom.	19	8,15	61	26,18	91	39,06	48	20,60	14	6,01	

Na dvadeset tvrdnji Skale stavova o demenciji (DAS) studenti su iskazivali slaganje vrijednostima od 1 do 5 (1 = u potpunosti se slažem; 2 = slažem se; 3 = niti se slažem, niti ne slažem; 4 = ne slažem se; 5 = u potpunosti se ne slažem). Najveći broj studenata se u potpunosti slaže s tvrdnjom "Možemo učiniti mnogo kako bi poboljšali život osoba s demencijom." (n=78; 33,48%), dok se najveći broj u potpunosti ne slaže s tvrdnjom "Bojim se osoba s demencijom." (n=57; 24,46%).

Tablica 10. Koganova ljestvica stavova prema starijim ljudima i starenju

	1		2		3		4		5		6	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1. Vjerojatno bi bilo bolje kada bi stariji ljudi živjeli u stambenim jedinicama s ljudima koji su njihovih godina.	19	8,15	32	13,73	61	26,18	30	12,88	81	34,76	10	4,29
2. Vjerojatno bi bilo bolje kada bi stariji ljudi živjeli u stambenim jedinicama u kojima stanuju i mlađi ljudi.	8	3,43	25	10,73	20	8,58	78	33,48	83	35,62	19	8,15
3. Postoji nešto drugačije kod većine starijih ljudi: teško je shvatiti što ih pokreće.	15	6,44	30	12,88	71	30,47	47	20,17	54	23,18	16	6,87
4. Većina starijih ljudi stvarno se ne razlikuje od ostalih: lako ih je razumjeti kao i mlađe ljude.	15	6,44	48	20,60	53	22,75	40	17,17	70	30,04	7	3,00
5. Većina starijih ljudi ima svoje navike, to se ne može promijeniti.	4	1,72	10	4,29	7	3,00	106	45,49	71	30,47	35	15,02
6. Većina starijih ljudi sposobna je za nove prilagodbe, kada situacija to zahtijeva.	12	5,15	67	28,76	65	27,90	27	11,59	55	23,61	7	3,00
7. Većina starijih ljudi bi radije prestala raditi čim steknu uvjete za umirovljenje ili da bi ih njihova djeca mogla uzdržavati.	27	11,59	51	21,89	101	43,35	19	8,15	29	12,45	6	2,58
8. Većina starijih ljudi bi radije nastavila raditi koliko god može, nego ovisila o nekome drugome.	5	2,15	22	9,44	21	9,01	89	38,20	71	30,47	25	10,73
9. Većina starijih ljudi često dopušta da njihovi	27	11,59	44	18,88	101	43,35	22	9,44	36	15,45	3	1,29

domovi postanu odrpani i neprivlačni.													
10. Općenito se može očekivati da će stariji ljudi održavati čist i privlačan dom.	5	2,15	31	13,30	27	11,59	70	30,04	92	39,48	8	3,43	
11. Smiješno je tvrditi da starost čini ljude mudrijima.	26	11,16	48	20,60	71	30,47	25	10,73	54	23,18	9	3,86	
12. Kroz godine ljudi postaju mudriji.	5	2,15	10	4,29	14	6,01	87	37,34	94	40,34	23	9,87	
13. Stariji ljudi imaju previše moći u poslu i politici.	5	2,15	31	13,30	57	24,46	40	17,17	86	36,91	14	6,01	
14. Stariji ljudi trebali bi imati više moći u poslu i politici.	37	15,88	57	24,46	110	47,21	11	4,72	18	7,73	0	0,00	
15. Većina starih ljudi izaziva nelagodu.	45	19,31	30	12,88	131	56,22	6	2,58	21	9,01	0	0,00	
16. Društvo većine starih ljudi je opuštajuće.	4	1,72	30	12,88	37	15,88	64	27,47	86	36,91	12	5,15	
17. Većina starijih ljudi dosađuje ostalima sa svojim inzistiranjem na razgovoru o "dobrim starim vremenima".	15	6,44	40	17,17	62	26,61	40	17,17	69	29,61	7	3,00	
18. Jedna od najzanimljivijih i najzabavnijih odlika starijih ljudi je njihovo iskustvo iz prošlosti.	4	1,72	12	5,15	7	3,00	112	48,07	64	27,47	34	14,59	
19. Većina starijih ljudi provodi previše vremena baveći se tuđim životima te nudeći netražene savjete.	10	4,29	37	15,88	51	21,89	49	21,03	77	33,05	9	3,86	
20. Većina starijih ljudi se nastoji povući te daje savjete samo kada ih se pita.	10	4,29	63	27,04	84	36,05	21	9,01	52	22,32	3	1,29	
21. Ako stariji ljudi očekuju da ih ljudi prihvate, prvi korak koji moraju poduzeti je riješiti se svojih iritantnih mana.	33	14,16	40	17,17	81	34,76	32	13,73	42	18,03	5	2,15	
22. Kad bolje razmislite, stariji ljudi imaju mane kao i svi ostali.	2	0,86	6	2,58	4	1,72	117	50,21	23	9,87	81	34,76	
23. Kako bi se stambena četvrt smatrala ugodnom, bilo bi bolje da previše starijih ljudi ne živi u njoj.	44	18,88	37	15,88	105	45,06	11	4,72	34	14,59	2	0,86	
24. Možete računati na pronalaženje ugodne stambene četvrti i kada tamo živi prilično velik	2	0,86	20	8,58	17	7,30	99	42,49	51	21,89	44	18,88	

broj starijih ljudi.

25. Postoji nekoliko iznimaka, ali u biti su svi stariji ljudi više manje jednaki.	28	12,02	26	11,16	74	31,76	41	17,60	59	25,32	5	2,15
26. Očito je da se stariji ljudi značajno razlikuju jedni od drugih.	3	1,29	40	17,17	30	12,88	69	29,61	63	27,04	28	12,02
27. Većina starijih ljudi trebala bi brinuti o osobnom izgledu; previše su neuredni.	21	9,01	47	20,17	81	34,76	25	10,73	57	24,46	2	0,86
28. Čini se da većina starijih ljudi pazi na čist i uredan izgled.	1	0,43	58	24,89	23	9,87	70	30,04	76	32,62	5	2,15
29. Većina starijih ljudi je vesela, ugodna i dobronamjerna.	1	0,43	19	8,15	26	11,16	93	39,91	75	32,19	19	8,15
30. Većina starijih ljudi je razdražljivija, mrzovoljna i neugodna.	11	4,72	67	28,76	99	42,49	17	7,30	36	15,45	3	1,29
31. Većina starijih ljudi se stalno žali na ponašanje mlađe generacije.	2	0,86	13	5,58	24	10,30	87	37,34	79	33,91	28	12,02
32. Rijetko se čuje da se stariji ljudi žale na ponašanje mlađe generacije.	40	17,17	69	29,61	101	43,35	9	3,86	13	5,58	1	0,43
33. Većina starijih ljudi pretjerano traži ljubav i sigurnost.	11	4,72	41	17,60	80	34,33	29	12,45	66	28,33	6	2,58
34. Većina starijih ljudi ne treba više ljubavi i sigurnosti nego bilo tko drugi.	27	11,59	58	24,89	67	28,76	38	16,31	38	16,31	5	2,15

Koganova ljestvica stavova prema starijim ljudima i starenju sastoji se od 34 tvrdnje na koje su studenti iskazivali slaganje vrijednostima od 1 do 6 na sljedeći način: 1 = u potpunosti se ne slažem; 2 = djelomično se ne slažem; 3 – ne slažem se; 4 – slažem se; 5 – djelomično se slažem; 6 – u potpunosti se slažem.

Najveći broj studenta se u potpunosti slaže s tvrdnjom "Kad bolje razmislite, stariji ljudi imaju mane kao i svi ostali." (n=81; 34,76%), dok se najveći broj u potpunosti ne slaže s tvrdnjom "Većina starih ljudi izaziva nelagodu." (n=45; 19,31%).

Ispitivanje hipoteza

H1: Percepcija studenata medicinskih usmjerenja općenito je pozitivnija u tri kategorije ispitivanja: prema starenju i starijim osobama, te demenciji.

Stav o starijima i starenju je mjeran upotrebom Kogan ljestvice. Srednja vrijednost na skali je 122,73, dok se vrijednost kretala u rasponu od 69 do 164. Ispitanici su na Kogan ljestvici stava prema starijima i starenju mogli ostvariti score u rasponu od 34 do 204.

Tablica 11. Deskriptivna statistika Kogan ljestvice

	N	Prosjek	SD	Minimum	Maksimum
Kogan ljestvica	233	122,73	13,30	69,00	164,00

Tablica 12. Koganova ljestvica

	Cutoff	T	P*
potpuno ne slaganje	34		
djelomično ne slaganje	68		
ne slaganje	102		
Indiferencija*	119	4,28	<0,001
Slaganje	136		
djelomično slaganje	170		
potpuno slaganje	204		

*t-test

Kao „Cutoff“ vrijednost se odabire vrijednost 119, odnosno centralna vrijednost između neslaganja i slaganja s ponuđenim tvrdnjama utvrđena kod 34 čestice.

Ispitanici su na Kogan ljestvici stava prema starijima i starenju mogli ostvariti score u rasponu od 34 do 204. Kao „Cutoff“ vrijednost se odabire vrijednost 119, odnosno centralna vrijednost između neslaganja i slaganja s ponuđenim tvrdnjama utvrđena kod 34 čestice. Srednja razina stava na Koganovoj ljestvici je za 3,73 boda veća u odnosu na graničnu vrijednost 119, dok je ispitivanjem utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj razlici ($t=4,28$; $P<0,001$).

Znanje je ispitano upotrebom Palmerove ljestvice znanja. Srednja razina znanja je 15,02 boda, te se kretalo u rasponu od 1 do 23. Na Palmerovoj ljestvici znanja razina znanja ispitani studenti su mogli ostvariti 0 do 23 boda.

Tablica 13. Deskriptivna statistika znanja (Palmer ljestvica)

	N	Prosjeak	SD	Minimum	Maksimum
Palmer ljestvica	233	15,02	3,06	1,00	23,00

Kao medijalna teorijska razina znanja se koristi vrijednost 12, dok je prosječna razina u uzorku za 3,02 bodova veća u odnosu na cutoff vrijednost, te je utvrđena visoka razina znanja ($t=15,09$; $p<0,001$).

Tablica 14. Palmer znanje

	Cutoff	T	P*
Palmer znanje	12	15,09	<0,001

*t-test

Stav prema dementnosti je ispitivan upotrebom DAS ljestvice sa teorijskim score rasponom od 20 do 100 gdje vrijednost 20 upućuje nepotpuno prihvaćanje osoba sa dementnosti, dok vrijednost 100 upućuje na potpuno neprihvatanje. Srednja razina među ispitanicima je 70,15, dok se vrijednost kretala u rasponu od 44,00 do 96,00.

Tablica 15. DAS ljestvica

	N	Prosjeak	SD	Minimum	Maksimum
DAS	233	70,15	8,87	44,00	96,00

Centralna teorijska vrijednost je 60, odnosno vrijednosti veće od 60 upućuju na neprihvatljivost prema osobama sa dementnosti.

Prosječna razina na DAS skali je za 10,15 bodova veća u odnosu na graničnu vrijednost, odnosno može se utvrditi da je prihvaćanje osoba sa demencijom na nižoj razini.

Tablica 16. DAS

	Cutoff	T	P*
DAS	60	10,14	17,47

*t-test

Nakon provedenog ispitivanja se donosi zaključak da se hipoteza H1 prihvaća kao istinita.

H2: Percepcija studenata nije različita bez obzira na demografska obilježja (dob, spol, boravište, godina studiranja).

Povezanost između starosne dobi i stavova o starenju i starijim osobama nije utvrđena ($r=0,024$; $P=0,715$), kao niti između dobi i Palmerove ljestvice znanja ($r=-0,114$; $P=0,083$). Promjena stava prema demenciji među studentima nije povezana sa promjenom starosne dobi ($r=0,060$; $P=0,364$).

Tablica 17. Povezanost dobi i percepcije studenata

	Kogan ljestvica	Palmer ljestvica	DAS
1.Dob:	0,02	-0,11	0,06
	$P=0,715$	$P=0,083$	$P=0,364$

Prosječna razina stava o starenju i starijim osobama je za 1,85 bodova veća kod ispitanih studentica u odnosu na studente, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($t=1,01$; $P=0,312$).

Na Palmer ljestvici znanja za 0,01 bod je veća razina znanja kod ispitanih studentica u odnosu na studente, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($t=0,03$; $P=0,973$).

Na DAS skali je veći score za 2,39 bodova utvrđen kod ispitanih studentica u odnosu na ispitane studente, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($t=1,98$; $P=0,049$).

Tablica 18. Razlika percepcije studenata obzirom na spol

	Ž			M			t	df	P*
	N	Prosjeak	SD	N	Prosjeak	SD			
Kogan ljestvica	151	123,38	13,54	82	121,54	12,84	1,01	231	0,312
Palmer ljestvica	151	15,03	3,18	82	15,01	2,84	0,03	231	0,973
DAS	151	70,99	8,66	82	68,60	9,09	1,98	231	0,049

*t-test

Najveća razina na Kogan ljestvici je utvrđena među ispitanicima koji žive u seoskom naselju te je za 1,28 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u gradskom naselju, te za 4,67 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u prigradskom naselju. Ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($F=1,62$; $P=0,199$).

Najveća razina na Palmer ljestvici je utvrđena među ispitanicima koji žive u prigradskom naselju te je za 0,20 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u gradskom naselju, te za 0,43 boda veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u seoskom naselju. Ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($F=0,20$; $P=0,819$).

Najveća razina na DAS ljestvici je utvrđena među ispitanicima koji žive u seoskom naselju te je za 0,08 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u gradskom naselju, te za 0,94 boda veća u odnosu na razinu utvrđenu među studentima koji žive u prigradskom naselju. Ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($F=0,20$; $P=0,820$).

Tablica 19. Razlika percepcije studenata obzirom na prebivalište

	N	Prosjeak	SD	F	P*
5. Prebivalište:					
Kogan ljestvica					
gradsko naselje	149	123,32	13,93	1,62	0,199
prigradsko naselje	52	119,92	12,07		
seosko naselje	32	124,59	11,83		
Palmer ljestvica					
gradsko naselje	149	15,01	3,00	0,20	0,819
prigradsko naselje	52	15,21	3,70		
seosko naselje	32	14,78	2,07		

DAS					
gradsko naselje	149	70,33	9,29	0,20	0,820
prigradsko naselje	52	69,46	7,79		
seosko naselje	32	70,41	8,68		

*ANOVA test

Najveća razina na Kogan ljestvici utvrđena je kod studenata šeste godine studija te je za 10,18 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu kod studenata četvrte godine studija. Ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna razlika ($F=0,93$; $P=0,460$).

Najveća razina na Palmer ljestvici utvrđena je kod studenata četvrte godine studija te je za 1,81 bod veća u odnosu na razinu utvrđenu kod studenata druge godine studija. Ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna razlika ($F=1,94$; $P=0,088$). Najveća razina na DAS ljestvici utvrđena je kod studenata šeste godine studija te je za 5,90 bodova veća u odnosu na razinu utvrđenu kod studenata druge godine studija. Ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna razlika ($F=2,07$; $P=0,070$).

Tablica 20. Razlika percepcije studenata obzirom na godinu studija

4.					
Godina studija:	N	Prosjek	SD	F	P*
Kogan ljestvica					
1	44	122,48	13,59		
2	77	123,30	14,20		
3	46	121,57	10,95	0,93	0,460
4	19	119,37	13,86		
5	32	123,63	13,31		
6	11	129,55	15,76		
Palmer ljestvica					
1	44	15,64	2,87		
2	77	14,35	3,35		
3	46	14,74	3,11	1,94	0,088
4	19	16,16	2,41		
5	32	15,50	2,88		
6	11	15,55	2,34		
DAS					
1	44	71,16	7,78		
2	77	67,65	9,05		
3	46	70,24	8,92	2,07	0,070
4	19	70,16	9,03		
5	32	72,19	8,47		
6	11	73,55	8,31		

*ANOVA test

Nakon provedenog istraživanja donosi se zaključak da se hipoteza H2 prihvaća kao istinita.

H3: Postoje razlike u percepciji studenata prema starenju s obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama.

Hipotezom H3 se pretpostavlja da postoje razlike u percepciji studenata prema starenju obzirom je li s njima u kućanstvu živi starija osoba.

Tablica 21. Razine slaganja studenata s tvrdnjama Kogan, Palmer i DAS ljestvice obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama

	Da			Ne			t	df	P*
	N	Prosjek	SD	N	Prosjek	SD			
Kogan ljestvica	41	123,12	13,44	192	122,65	13,31	-0,21	231	0,837
Palmer ljestvica	41	15,20	2,41	192	14,98	3,18	-0,40	231	0,689
DAS	41	68,93	7,60	192	70,41	9,11	0,97	231	0,333

*t-test

Srednja razina stava na Koganovoj ljestvici je za 0,47 bodova veća kod studenata koji imaju osobno iskustvo života sa starijim osobama u odnosu na studente koji nemaju, dok ispitivanjem nije utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj razlici ($t=0,21$; $P=0,837$).

Na Palmer ljestvici znanja za 0,21 bod je veća razina znanja kod studenta koji imaju osobno iskustvo života sa starijim osobama u odnosu na studente koji nemaju. Ispitivanjem nije utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj razlici ($t=0,40$; $P=0,689$).

Na DAS skali je veći score za 1,48 bodova utvrđen kod studenata koji nemaju osobno iskustvo života sa starijim osobama u odnosu na studente koji imaju, te ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($t=0,97$; $P=0,333$).

Nakon provedenog istraživanja donosi se zaključak da se hipoteza H3 odbacuje kao neistinita.

H4: Model percepcije prema starenju i demenciji potvrđuje da je skup čimbenika kao što su demografski čimbenici, obrazovni čimbenici, različiti edukativni sadržaji kojima su studenti bili izloženi i suživot s osobama starije dobi značajno utječu na percepciju kod studenata.

Procijenjena su 3 modela kojima se prezentira utjecaj odabranih čimbenika na kretanje na Koganovoj ljestvici, Palmerovoj ljestvici, te DAS ljestvici stava prema starijima i starenju.

Tablica 22. Procjena modela – Koganova ljestvica

Statistic	Value
Multiple R	0,21
Multiple R2	0,04
Adjusted R2	0,03
F(2,226)	4,99
P	0,008
Std.Err. of Estimate	13,17

Procijenjeni model tumači 20,56% sume kvadrata odstupanja na Koganovoj ljestvici stavova o starenju i starijim osobama od srednje vrijednosti. Procijenjeni model je niže razine reprezentativnosti budući da ne sadržava čimbenike koji objašnjavaju 79,44% sume kvadrata odstupanja. Statistička značajnost modela kao cjeline je ispitana F omjerom, te je utvrđeno da je procijenjeni model kao cjelina statistički značajan (F=4,99; P=0,008).

Tablica 23. Odražavanje pojedini čimbenika na rezultat Koganove ljestvice

N=229	Zavisna varijabla Kogan ljestvica;					
	b*	Std.Err. of b*	B	Std.Err. of b	t(219)	P
Intercept			117,13	6,71	17,46	0,000
Dob	-0,02	0,07	-0,07	0,24	-0,29	0,771
Spol	-0,01	0,07	-0,32	1,96	-0,16	0,870
Fakultet	0,12	0,07	3,24	1,83	1,77	0,079
Godina studija	0,06	0,07	0,52	0,66	0,79	0,429
Prebivalište	0,01	0,07	0,20	1,24	0,16	0,874
Suživot	0,05	0,07	2,11	2,88	0,73	0,465

Suživot sa starijom osobom	0,00	0,07	0,09	2,40	0,04	0,969
Percepcija starost	0,03	0,07	0,51	1,12	0,45	0,652
Bol od kronične bolesti	0,17	0,07	8,98	3,59	2,50	0,013

Prema procijenjenom modelu na rezultat Kogan ljestvice statistički značajno se odražava oboljenje od kronične bolesti, odnosno osobe koje imaju kroničnu bolest imaju u prosjeku za 8,98 bodova veći score u odnosu na osobe koje nemaju kroničnu bolest (P=0,013). Utjecaj ostalih čimbenika nije statistički značajan.

Tablica 24. Procjena modela – DAS

Statistic	Value
Multiple R	0,39
Multiple R2	0,15
Adjusted R2	0,12
F(9,219)	4,31
P	<0,000
Std.Err. of Estimate	8,26

Procijenjeni model tumači 38,78% sume kvadrata odstupanja na DAS ljestvici stavova prema demenciji od srednje vrijednosti. Procijenjeni model je niže razine reprezentativnosti budući da ne sadržava čimbenike koji objašnjavaju 61,22% sume kvadrata odstupanja. Statistička značajnost modela kao cjeline je ispitana F omjerom, te je utvrđeno da je procijenjeni model kao cjelina statistički značajan (F=4,30; P<0,001).

Tablica 25. Odražavanje pojedinih čimbenika na rezultat DAS

N=229	Zavisna varijabla DAS					
	b*	Std.Err. of b*	B	Std.Err. of b	t(219)	p-value
Intercept			61,31	4,15	14,77	<0,001
Dob	-0,06	0,07	-0,13	0,15	-0,90	0,371
Spol	-0,03	0,07	-0,54	1,22	-0,44	0,658
Fakultet	0,24	0,06	4,28	1,13	3,78	<0,001
Godina studija	0,15	0,07	0,91	0,41	2,23	0,027
Prebivalište	0,03	0,06	0,31	0,77	0,40	0,687
Suživot	0,00	0,07	-0,08	1,78	-0,05	0,964
Suživot sa starijom osobom	-0,04	0,06	-0,86	1,49	-0,58	0,562
Percepcija starost	0,21	0,07	2,21	0,69	3,19	0,002
Bol od kronične bolesti	0,11	0,06	3,71	2,22	1,67	0,097

Na DAS razinu stavova prema demenciji utječe obrazovanje, odnosno veća razina stava se može očekivati u prosjeku za 0,24 boda kod studenata zdravstvenih studija u odnosu na studente ostalih studija ($P < 0,001$). Statistički značajan i pozitivan utjecaj na stav prema demenciji se može očekivati svakim porastom godine studija, odnosno svaka viša godina se pozitivno odražava u prosjeku za 0,15 bodova ($P = 0,027$). Svakim porastom percepcije starosne dobi osobe za jedan razred se može očekivati porast razine stava prema demenciji u prosjeku za 0,21 bod ($P = 0,002$). Utjecaj ostalih promatranih čimbenika nije utvrđen.

Tablica 26. Procjena modela – Palmer

Statistic	Value
Multiple R	0,23
Multiple R2	0,05
Adjusted R2	0,01
F(9,219)	1,33
P	0,222
Std.Err. of Estimate	3,05

Procijenjeni model tumači 22,77% sume kvadrata odstupanja na Palemerovoj ljestvici znanja od srednje vrijednosti. Procijenjeni model je niže razine reprezentativnosti budući da ne sadržava čimbenike koji objašnjavaju 77,23% sume kvadrata odstupanja. Statistička značajnost modela kao cjeline je ispitana F omjerom, te je utvrđeno da je procijenjeni model kao cjelina nije statistički značajan ($F = 1,33$; $P = 0,222$).

Tablica 27. Odražavanje pojedinih čimbenika na rezultat Palmerove ljestvice

N=229	Zavisna varijabla Palmer ljestvica					
	b*	Std.Err. of b*	B	Std.Err. of b	t(219)	p-value
Intercept			14,74	1,53	9,62	0,000
Dob	-0,18	0,07	-0,13	0,05	-2,47	0,014
Spol	0,01	0,07	0,04	0,45	0,10	0,922
Fakultet	-0,04	0,07	-0,26	0,42	-0,61	0,540
Godina studija	0,15	0,07	0,31	0,15	2,05	0,041
Prebivalište	0,04	0,07	0,18	0,28	0,63	0,527

Suživot	0,15	0,07	1,44	0,66	2,19	0,030
Suživot sa starijom osobom	0,01	0,07	0,10	0,55	0,17	0,862
Percepcija starost	0,09	0,07	0,33	0,26	1,29	0,197
Bol od kronične bolesti	0,02	0,07	0,30	0,82	0,36	0,720

Na znanje mjereno Palmerovom skalom statistički značajan utjecaj je utvrđen za čimbenik dob. Utjecaj je negativan, odnosno svakim porastom dobi za jednu godinu se očekuje pad znanja u prosjeku za 0,18 bodova ($P=0,014$). Godina studija se pozitivno održava na znanje, odnosno studenti viših godina studija bilježe porast znanja u prosjeku za 0,15 bodova na svakoj narednoj godini studija i suprotno ($P=0,041$). Osobe koje imaju suživot sa starijim osobama u prosjeku imaju veću razinu znanja za 0,15 bodova ($P=0,030$). Utjecaj ostalih čimbenika nije statistički značajan.

Nakon provedenog ispitivanja donosi se zaključak da se hipoteza prihvaća kao istinita.

5. RASPRAVA

Starost i starenje nisu istovjetni pojmovi. Starost je uvjetovana dimenzijama biološkog i sociološkog. U različitim društvima starije osobe nerijetko bivaju društveno marginalizirane. Sociološka dimenzija podložna negativnim stereotipima o starenju i starosti. Uobičajena vjerovanja o procesu starenja rezultiraju negativnim stereotipima – pojednostavljenim i pristranim nazorima o starim ljudima. Za razliku od nekih drugih stigmatiziranih skupina, starije osobe često internaliziraju negativne stereotipe i stavove. Boljim upoznavanjem starijih osoba i specifičnosti starenja pridonosimo stvaranju boljeg okruženja u kojemu različite generacije uživaju međusobno poštovanje i naklonost. Neosporna je važnost provođenja znanstvenih istraživanja u kojima je žarište istraživanja populacija starijih ljudi, njihovim potrebama i mogućnostima (43).

Stereotipi vezani za dob kod zdravstvenih djelatnika i studenata zdravstvenih usmjerenja uključuju uvjerenje kako će stariji ljudi imati lošu medicinsku prognozu, da su bespomoćni, te sami potenciraju sliku "senilnosti", ne žele prihvatiti preporuke za liječenje, te im iz navedenog nije moralno opravdana potpuna zdravstvena skrb. Ta se uvjerenja mogu manifestirati u diskriminatornim praksama kao što je neuspjeh u primjeni ispravnih postupaka, preferencijalnog liječenja mlađih bolesnika, nedovoljno dijagnosticirana depresija i pretjerano dijagnosticirana demencija (44, 45).

U našem istraživanju dokazali smo postojanje razlika u percepciji studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi. Stavovi i učinak različitih čimbenika na formiranje istih ispitano je putem Koganove ljestvice i Palmer upitnika te DAS ljestvice (skala stavova o demenciji). U istraživanju su sudjelovala 233 studenta Sveučilišta u Splitu. Srednja vrijednost dobi studenata je 22,00 godine (IQR=20,00-24,00). Studenti su bili podijeljeni u dvije skupine obzirom na pohađani fakultet, odnosno studenti Medicinskog fakulteta i Odjela zdravstvenih studija svrstani su u grupu zdravstvenih usmjerenja (n=113; 48,50%), dok su studenti Pomorskog i Filozofskog fakulteta svrstani u grupu nezdravstvenog usmjerenja (n=120; 51,50%). Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na pohađani fakultet ($\chi^2=0,21$; $P=0,647$).

Dvadeset i tri tvrdnje Palmerovog upitnika o starenju studenti su označavali s točno/netočno. Najveći broj studenta je točno označio tvrdnju "Fizička snaga slabi

tijekom starenja." (n=226; 97,00%), dok je najmanji broj točno označio tvrdnju "Gotovo je nemoguće za većinu starijih osoba da nauče nešto novo." (n=36; 15, 45%). Sedamnaest tvrdnji je više od polovice studenata znalo točan odgovor.

Na dvadeset tvrdnji Skale stavova o demenciji (DAS) studenti su iskazivali slaganje vrijednostima od 1 do 5 (1 = u potpunosti se slažem; 2 = slažem se; 3 = niti se slažem, niti ne slažem; 4 = ne slažem se; 5 = u potpunosti se ne slažem). Najveći broj studenata se u potpunosti slaže s tvrdnjom "Možemo učiniti mnogo kako bi poboljšali život osoba s demencijom." (n=78; 33,48%), dok se najveći broj u potpunosti ne slaže s tvrdnjom "Bojim se osoba s demencijom." (n=57; 24,46%).

Koganova ljestvica stavova prema starijim ljudima i starenju sastoji se od 34 tvrdnje na koje su studenti iskazivali slaganje vrijednostima od 1 do 6 na sljedeći način: 1 = u potpunosti se ne slažem; 2 = djelomično se ne slažem; 3 – ne slažem se; 4 – slažem se; 5 – djelomično se slažem; 6 – u potpunosti se slažem. Najveći broj studenata se u potpunosti slaže s tvrdnjom "Kad bolje razmislite, stariji ljudi imaju mane kao i svi ostali." (n=81; 34,76%), dok se najveći broj u potpunosti ne slaže s tvrdnjom "Većina starih ljudi izaziva nelagodu." (n=45; 19,31%).

Na znanje mjereno Palmerovom skalom statistički značajan utjecaj je utvrđen za čimbenik dob. Utjecaj je negativan, odnosno svakim porastom dobi za jednu godinu se očekuje pad znanja u prosjeku za 0,18 bodova (P=0,014). Godina studija se pozitivno održava na znanje, odnosno studenti viših godina studija bilježe porast znanja u prosjeku za 0,15 bodova na svakoj narednoj godini studija i suprotno (P=0,041). Osobe koje imaju suživot sa starijim osobama u prosjeku imaju veću razinu znanja za 0,15 bodova (P=0,030).

Na DAS razinu stavova prema demenciji utječe obrazovanje, odnosno veća razina stava se može očekivati u prosjeku za 0,24 boda kod studenata zdravstvenih studija u odnosu na studente ostalih studija (P<0,001). Statistički značajan i pozitivan utjecaj na stav prema demenciji se može očekivati svakim porastom godine studija, odnosno svaka viša godina se pozitivno odražava u prosjeku za 0,15 bodova (P=0,027). Svakim porastom percepcije starosne dobi osobe za jedan razred se može očekivati porast razine stava prema demenciji u prosjeku za 0,21 bod (P=0,002). Percepcija je očekivano pozitivnija kod studenata zdravstvenih usmjerenja. Nismo pronašli različitosti među stavovima studenata s obzirom na demografska obilježja: dob, spol, boravište i godina

studiranja. Nismo potvrdili razlike u stavovima studenata prema starenju i demenciji s obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama. Time smo potvrdili znanje i informiranost kao osnovnu dimenziju koja utječe na oblikovanje ili promjenu stava neke osobe ili skupine unutar društva.

Demencija u starijih osoba predstavlja sve veći izazov u zdravstvenoj skrbi diljem svijeta. Europsko stanovništvo se ubrzanim starenjem i različitošću organizacijskih sposobnosti susreće s navedenom problematikom. Tranzicijske promjene u obitelji i nedostatak organizirane institucijske skrbi dodatno su opterećenje u pomoći potrebitima. Zanimljivo je istraživanje provedeno u Mađarskoj o ulozi liječnika opće prakse u liječenju demencija. Cilj te studije bilo je istražiti stav liječnika opće prakse prema svojim pacijentima koji žive s demencijom kao i uspješnost njege bolesnika. Cilj je bio procijeniti njihovu spremnost i navike u poznavanju zdravstvene problematike te potrebe bolesnika s postojećim zdravstvenim problemom. Osim stavova testiralo se i znanje te uloga edukacije i njen utjecaj na formiranje stava. Upitnik su samostalno i dobrovoljno ispunila 402 liječnika opće medicine, te je prema unaprijed postavljenim kriterijima, za evaluaciju odabrano 277 anketa. Polovica liječnika u navedenom istraživanju (49, 8%) navela je da su proveli test za procjenu kognitivnih funkcija u slučaju sumnje na demenciju. Među ispitanicima koji nisu napravili procjenu 50,0% liječnika kao glavni razlog zašto to nisu učinili navelo je nedostatak vremena. Njih 14,4% nije imalo odgovarajuće znanje o metodama ispitivanja. Kod navedenih ispitanika najčešće spomenuti osjećaji prema bolesnicima s demencijom navedeni su: žaljenje, bespomoćnost i tuga. Većina liječnika misli kako je liječenje demencije teško. Većina ispitanika (81,2%) je navela kako u zadnje dvije godine nisu sudjelovali ni u jednoj edukaciji o navedenoj problematici. Oni liječnici koji su sudjelovali u nekom obliku edukacije, manje su se osjećali bespomoćno suočeni s bolesnicima, a edukacija je odredila i njihov pristup skrbi za bolesnike (46).

Slično istraživanje provedeno je i u Irskoj među zdravstvenim djelatnicima. Cilj je bio istražiti stavove prema demenciji kao i percipirano znanje o demenciji bolničkog osoblja u tri velike, urbane irske opće bolnice. U radu je istraženo jesu li prethodna edukacija o navedenom zdravstvenom problemu ili osobno iskustvo s bolesnikom s demencijom utjecali na stavove sudionika. Istražen je i ujecaj demografskih čimbenika na sudionike te osobna iskustva u formiranju stava prema ljudima koji žive s

demencijom, te njihova percepcija osobnog znanja. Studija je pokazala uglavnom pozitivan stav bolničkog osoblja prema osobama koje žive s demencijom i visoko do umjereno razumijevanje zdravstvenog problema na temelju osobne prosudbe sudionika. Prethodna edukacija i osobno iskustvo života s dementnim bolesnikom imalo je pozitivan učinak na procjenu osobnog znanja o problemu. Za razliku od rezultata koje smo dobili u našem istraživanju ovdje su određene demografske osobine, kao što su spol i uloga u procesu zdravstvene skrbi, utjecali na stavove prema demenciji i percipirano znanje o istoj (47).

U nekim istraživanjima obitelji navode negativno iskustvo skrbi za članove obitelji. Dijagnoza demencije povezana je sa stigmatizacijom što dovodi do izloženosti riziku za zdravlje i pružanja skrbi koja je ispod standarda njege. Ova dijagnoza kod bolesnika je povezana s većom prevalencijom popratnih bolesti, te osobe koje žive s demencijom i s koegzistirajućim zdravstvenim problemima su izložene manjoj vjerojatnosti u postizanju jednake skrbi u usporedbi s ljudima bez demencije (48).

U objavljenim istraživanjima Dewing i Dijk (2016.) su uočili nepravilnosti u određivanju prioriteta akutne skrbi unutar bolnica kod pojedinca s demencijom (49). Evans (2018.) takve nejednakosti pripisuje bolničkim postupnicima i usredotočenosti na izazove skrbi povezane s demencijom, a ne personalizirane potrebe pojedinca što se očituju u stavovima osoblja (50). S obzirom na percipirano znanje sudionika o demenciji ispitanici studije izjasnili su se o dostatnom do umjerenom razumijevanju demencije (51).

Nalazi i ovog istraživanja podupiru našu hipotezu kako je znanje odlučujući čimbenik formiranja stava. U ovom istraživanju, za razliku od našeg osobnog iskustva suživota s bolesnikom je pridonjelo pozitivnijem stavu prema bolesnicima s demencijom.

Cowdell i suradnici (2010.) u svom istraživanju predlažu učinkovitiju edukaciju zdravstvenog osoblja koja je ključna za pružanje visokokvalitetne skrbi za osobe koje žive s demencijom (52). Istovremeno ukazuju i na znatne logističke izazove za akutne bolničke uvjete. Niz edukativnih intervencija pokazale su se učinkovite u promjeni ponašanja osoblja u strategiji skrbi usmjerene prema osobi s demencijom (53,54). Manjkavost ovih edukacija je u organizaciji za mali broj osoblja. Bolnice su potrebite za osposobljavanjem brojnog i raznolikog osoblja.

Prilikom istraživanja interakcije sociodemografskih osobina osoblja i stavova o prethodnoj obuci o demenciji navedena studija je pokazala nekoliko zanimljivih učinaka interakcije. Spol je bio u pozitivnoj interakciji uz stav i percipiranu razinu znanja. Kod osoblja koje nije prethodno završilo posebnu edukaciju, žene su pokazale višu usredotočenost na osobu. Za osoblje koje je završilo edukaciju, nije bilo razlike u stavovima usmjerenim prema osobi između muškaraca i žena.

Ishod istraživanja sugerira edukaciju kao instrument koji možemo primjeniti u umjerenoj neutralizaciji rodnih razlika u stavovima prema osobama s demencijom. Prethodna studija MacDonald i Woods (2005.) sugerira kako su ispitanici iskazali nižu razinu stava prema osobama s demencijom, ali i višu percepciju osobnog znanja o problematici. Ispitanice su iskazale pozitivniji stav, ali su bile kritičnije prema osobnom znanju iz zadane problematike. Ovdje se može razmišljati i o utjecaju instrumenata koji su korišteni u istraživanju kako i samopouzdanju ispitanica (47). U našem istraživanju utjecaja demografskih čimbenika, posebice spola ispitanika, nismo našli razlike u stavovima između ispitanika i ispitanica.

Njemački podaci o ovoj temi rijetki su u međunarodnoj znanstvenoj razmjeni (55). Ipak postoji studija koja ispituje primarni ishod dugoročne promjene stavova prema starijima i znanje o demenciji, praćenje dvodnevni program edukacije o demenciji za bolničko osoblje. Rezultati pokazuju kako je edukacijski program pozitivno uticao na percepciju i pozitivan stav bolničkog osoblja prema bolesnicima te rješavanju problema ovog izazovnog procesa zdravstvene njege. Dugoročne promjene su uočene u razdoblju od 6 mjeseci nakon pohađanja programa edukacije. Rezultati ukazuju kako je veća razina znanja povezana s pozitivnijim stavom.

Podršku i njegu osobama oboljelim od demencije u pravilu pruža obitelj koja svjedoči o utjecaju bolesti, ne samo na kognitivni status voljene osobe, već također na njihovu svakodnevnu funkciju, ponašanje i raspoloženje, te sposobnost interakcije unutar tjelesnog i društvenog konteksta (56). Njegovatelji često svjedoče kako se naš zdravstveni sustav i naše društvo obraća, liječi i komunicira s osobama koje pate od demencije. Percepcija i stavovi njegovatelja o prednostima i štetnostima probira i ranog otkrivanja demencije je posebno važna. Prihvaćanje dijagnoze demencije može pružiti osjećaj olakšanja za neke obitelji i poboljšati intervencijske strategije i usluge podrške.

Dijagnoza demencije rezultirat će gubitkom normalnog života. Znanje o demenciji je ključni prediktor namjere.

Zbog same prirode bolesti i zahtjevnosti postupaka zdravstvene njege u produženoj skrbi bolesnika izuzetno je važna suradljivost i pomoć obitelji. Kako bi obitelji što bolje funkcionirale u zadanim okolnostima stav zajednice je od izuzetne važnosti. Multidisciplinarni pristup je neophodan jer se briga ne zasniva na pomoći kod jedne nesposobnosti već na pomoći višedimenzionalnim potrebama bolesnika. Vrijednost komunikacije kao elementa interakcije i brige, te vještine i stavovi članova tima jednako su važan čimbenik kao i znanstvena spoznaja sestrinske prakse (45).

Stavovi zdravstvenih djelatnika prema starijim osobama, a posebno onima koji žive s demencijom, mogu doprinijeti nezadovoljavajućoj zdravstvenoj skrbi. Unatoč ponovljenim pozivima, zbog rastućih potreba, sve manje je zainteresiranih za rad s ovim bolesnicima. Educiranje kvalitetnih članova gerijatrijskih timova i timova dugotrajne skrbi postaje međunarodni problem. Zabrinutost izazivaju stavovi i znanje zdravstvenih djelatnika o ljudima koji žive s demencijom. Utvrđeno je kako je znanje učenika o demenciji slabo na početku njihovog sveučilišnog obrazovanja i pokazalo je ograničen napredak tijekom edukacijskog procesa. Bolje razumijevanje stavova učenika prema starenju i demenciji, prilikom upisa i tijekom cijelog studija, može pomoći u informiranju ciljanih obrazovnih intervencija zdravstvene zaštite starijim osobama. U našem istraživanju porast znanja s višom godinom studija odrazio se u pozitivnijim stavovima prema stosti, starenju i demenciji.

Istraživanja su pokazala kako studenti zdravstvenih profesija imaju neutralne stavove prema starijim osobama i manjkavosti u poznavanju demencije. Odgojne intervencije upoznavanja i približavanja studenata s osobama koje žive uz dementnog člana obitelji može poboljšati znanje, vještine i stavove. Time bi studenti imali koristi od edukacije o demenciji u cilju prihvaćanja inkluzivnosti i promjene negativnih stereotipa i stigmatizacije starosti i bolesti. U našem istraživanju osobno iskustvo suživota s osobom bolesnom od demencije utjecalo je na pozitivniji stav i veće razumijevanje zadane problematike.

U svijetu postoji nedostatak zdravstvenih djelatnika pripremljenih za njegu gerijatrijskih bolesnika. Neke od razvijenih zemalja svijeta, s razvijenim zdravstvenim sustavima, ulažu napore u pripremi za društvenu i zdravstvenu skrb te potrebe rastuće

starije odrasle populacije i značajn rast broja ljudi koji žive s demencijom. Demencija je skupina stanja koje karakterizira kognitivni pad, uključujući i oštećenje pamćenja, što utječe na pojedinca i njegovo svakodnevno funkcioniranje (48). U Australiji tri od 10 osoba u dobi od 85 i više godina i jedna od 10 osoba u dobi od 65 i više godina, imaju demenciju. U skladu s globalnim trendovima, te stope rastu (57). Mladi odrasli i školovani zdravstveni stručnjaci predstavljaju sljedeću generaciju njegovatelja, te je važno razumjeti njihove poglede na mentalno zdravlje u kasnoj odrasloj dobi i njihovo znanje o ovom zdravstvenom problemu. Rješavanje dobnih predrasuda i nesporazuma o demenciji kroz sveučilišne nastavne planove i programe te obuka mogu biti jedan od načina utjecaja na zdravstvenu jednakost za sve veći broj starijih ljudi u budućnosti.

Dob se smatra najznačajnijim prediktorom demencije i visoki udio ljudi koji žive s demencijom su starije odrasle osobe. Iako se demencija danas smatra grupom bolesti koje se razlikuju od starenja, neke osobe još uvijek vjeruju u zabludu kako je demencija proces normalnog starenja zbog stigme i niske razine pismenost o demenciji. Stigma i nedostatak znanja mogu utjecati na zdravlje starijih osoba te kvalitetu zdravstvene skrbi koju primaju. Neke svjetske studije su otkrile kako zdravstveni profesionalci nisu adekvatno osposobljeni za razumijevanje, dijagnosticiranje i brigu o ljudima s demencijom, što je zabilježeno i mjerama znanja o demenciji i evaluacijama bolesnikovih obitelji (58,59). Istraživanja u Europi, Sjedinjenim Američkim Državama, Aziji i Australiji otkrila su manjak znanja o demenciji u općoj populaciji (60). Više od polovice od 616 sudionika jedne australske studije odgovorilo je da "smislen razgovor" nije bio moguć s osobama s demencijom, a 34,0% je reklo kako su (osobe s demencijom) bile "iritantne". Većina (60%) je izjavila da bi, ako bi sami imali dijagnozu osjećali sram (61). Slični negativni odgovori na napredovanje bolesti dobiveni su među studentima adolescentima u istraživanju u Ujedinjenom Kraljevstvu (62). Većina ispitanika se složila kako će osoba s demencijom "na kraju nestati" (55,2%) i gotovo polovica (47,1%) se složila da je "osobama s demencijom bolje" u institucijskoj skrbi što je u suprotnosti s načelima dugotrajne skrbi.

Stereotipi vezani za dob, kod zdravstvenih djelatnika i studenata zdravstvenih studija, uključuju uvjerenje kako će stariji ljudi imati lošu medicinsku prognozu, kako su bespomoćni, na kraju će postati "senilni", neće prihvatiti preporuke za liječenje, te zbog toga ne zaslužuju visoku razinu zdravstvene skrbi (63-65). Ta se uvjerenja mogu

manifestirati u diskriminatorskim postupcima od odustajanja od liječenja, preferiranja mlađih bolesnika, nedovoljnog dijagnosticiranja depresije ili pretjerane dijagnoze demencije.

Jedan od najvećih izazova u podizanju razine zdravstvene pismenosti je borba protiv stigmatizacije povezane s demencijom. Postoji ograničena svijest o demenciji, uključujući neznanje u pogledu razlika između demencije i uobičajenog napretka starenja, što može dovesti do kašnjenja u traženju adekvatnog liječenja i skrbi. U borbi protiv stereotipa, osim educiranih zdravstvenih djelatnika, znatnu ulogu imaju upravo starije osobe koje educiranjem i brigom o zdravlju potiču okolinu na promišljanje i redefiniranje stavova o dobroj skupini starijih osoba. Interdisciplinarni pristup ima za cilj dovesti do ostvarivih i učinkovitih rješenja u eliminaciji dobizma i njegovih štetnih posljedica, podjednako za starije i mlađe oboljele odrasle osobe. Održivi modeli cjelovite sustavne skrbi za osobe starije životne dobi zasigurno zahtijevaju suradnju različitih sektora (zdravstveni sektor, sektor socijalne skrbi, nevladine organizacije i sektor znanosti) na svim razinama (lokalna, regionalna, nacionalna, nadnacionalna), što je temeljni preduvjet uspješne implementacije intervencija u zajednici.

6. ZAKLJUČCI

1. Presječnom istraživanju pristupilo je 233 studenta zdravstvenih i nezdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Studenti su podijeljeni u dvije skupine obzirom na pohađani fakultet, odnosno studenti Medicinskog fakulteta i Odjela zdravstvenih studija svrstani su u grupu studenata zdravstvenog usmjerenja (n=113; 48,50%) dok su studenti Pomorskog i Filozofskog fakulteta svrstani u grupu studenata nezdravstvenog usmjerenja (n=120; 51,50%). Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenta obzirom na pohađani fakultet.
2. U našem istraživanju dokazali smo postojanje razlika u percepciji studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi. Percepcija je očekivano pozitivnija kod studenata zdravstvenih usmjerenja. Nismo pronašli različitosti među stavovima studenata s obzirom na demografska obilježja: dob, spol, boravište i godina studiranja. Nismo potvrdili razlike u stavovima studenata prema starenju i demenciji s obzirom na osobno iskustvo života sa starijim osobama. Time smo potvrdili znanje i informiranost kao osnovnu dimenziju koja utječe na oblikovanje ili promjenu stava neke osobe ili skupine unutar društva.
3. U istraživanju je potvrđena prva hipoteza: „Percepcija studenata medicinskih usmjerenja općenito je pozitivnija u tri kategorije ispitivanja: prema starenju i starijim osobama, te demenciji.“
4. Potvrđena je i druga hipoteza: „Percepcija studenata nije različita bez obzira na demografska obilježja (dob, spol, boravište, godina studiranja). „
5. Hipotezom H3 se pretpostavlja da postoje razlike u percepciji studenata prema starenju obzirom je li s njima u kućanstvu živi starija osoba. Hipoteza se na kraju istraživanja ne prihvaća kao istinita.
6. Model percepcije prema starenju i demenciji potvrđuje da je skup čimbenika kao što su demografski čimbenici, obrazovni čimbenici, različiti edukativni sadržaji kojima su studenti bili izloženi i suživot s osobama starije dobi značajno utječu na percepciju kod studenata. Procijenjena su 3 modela kojima se prezentira utjecaj odabranih čimbenika na kretanje na Koganovoj ljestvici, Palmerovoj ljestvici, te DAS ljestvici stava prema

starijima i starenju. Nakon provedenog ispitivanja donosi se zaključak da se hipoteza 4 prihvaća kao istinita.

7. LITERATURA

1. who.int [Internet]. Geneva: Ageing and health; c2020 [Pristupljeno 10.12.2021.]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Glosarij – pojmovnik odabranih stručnih tema iz gerontologije. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba [Internet]. Zagreb: 2016 [Pristupljeno 10.12.2021.] Dostupno na: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Aktualno/novosti/2016/Docs/glosarij_16.09_2016.pdf.
3. Despot Lučanić J. Iskustvo starenja. Zagreb: Naklada slap; 2003.
4. Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017; 26(6):579-83
5. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi [Disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Zagreb; 2010. Dostupno na: <http://medlib.mef.hr/id/eprint/824>.
6. Ujedinjeni narodi. World Population Prospects 2019: Highlights; 2019.
7. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011.: Stanovništvo prema spolu i starosti. [Internet]. 2013 [Pristupljeno 11.12.2021.]. Dostupno na http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf
8. Schulman SP, Lakatta EG, Fleg JL, Lakatta L, Becker LC, Gerstenblith G. Age - related decline in left ventricular filling at rest and exercise. *Am J Physiol.* 1992;263(6 Pt 2):H1932-8.
9. Fleg JL, Lakatta EG. Role of muscle loss in the age-associated reduction in VO₂ max. *J Appl Physiol.* 1988;65(3):1147-51.
10. Hees PS, Fleg JL, Lakatta EG, Shapiro EP. Left ventricular remodeling with age in normal men versus woman: novel insights using three-dimensional magnetic resonance imaging. *Am J Cardiol.* 2002;90(11):1231-6.
11. Strait JB, Lakatta EG. Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart Fail Clin.* 2012;8(1):143-64.

12. Freitas FS, Ibiapina CC, Alvim CG, Britto RR, Parreira VF. Relationship between cough strength and functional level in elderly. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(6):470-6.
13. Lowery EM, Brubaker AL, Kuhlmann E, Kovacs EJ. The aging lung. *Clin Interv Aging.* 2013;8:1489-96.
14. Lindeman RD, Tobin J, Shock NW. Longitudinal studies on the rate of decline in renal function with age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(4):278-85.
15. Denic A, Lieske JC, Chakkerla HA, Poggio ED, Alexander MP, Singh P i sur. The substantial loss of nephrons in healthy human kidneys with aging. *J Am Soc Nephrol.* 2017;(1):313-20.
16. Tan JC, Busque S, Workeneh B, Ho B, Derby G, Blouch KL i sur. Effects of aging on glomerular function and number in living kidney donors. *Kidney Int.* 2010.;78(7):686-92.
17. Reid KF, Pasha E, Doros G, Clark DJ, Patten C, Phillips EM i sur. Longitudinal decline of lower extremity muscle power in healthy and mobility-limited older adults: influence of muscle mass, strenght, composition, neuromuscular activation and single fiber contractile properties. *Eur J Appl Physiol.* 2014;114:29-39.
18. Lexell L, Taylor CC, Sjostrom M. What is the cause of the ageing atrophy? Total number, size, and proportion of different fiber types studied in whole vastus lateralis muscle from 15- to 83-year-old-men. *J Neurol Sci.* 1988;84:275-94.
19. Dahlqvist JR, Vissing CR, Hermann G i sur. Fat replacement of paraspinal muscles with aging in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2017;49:595-601.
20. Dideriksen K, Boesen AP, Reitelseder S, Couppe C, Svensson R, Schjerling P i sur. Tendon collagen synthesis declines with immobilization in elderly humans: no effect of anti-inflammatory medication. *J Appl Physiol.* 2017;122:273-82.
21. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F i sur. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2010;39:412-23.

22. Fagiolo U, Cossarizza A, Scala E, Fanales-Belasio E, Ortolani C, Cozzi E i sur. Increased cytokine production in mononuclear cells of healthy elderly people. *Eur J Immunol.* 1993;23(9):2375-8.
23. Hurme M, Korkki S, Lehtimäki T, Karhunen PJ, Jylhä M, Hervonen A i sur. Autoimmunity and longevity: presence of antinuclear antibodies is not associated with the rate of inflammation or mortality in nonagenarians. *Mech Ageing Dev.* 2007;128(5-6):407-8.
24. Bonté F, Girard D, Archambault JC, Desmoulière A. Skin changes during ageing. *biochemistry and cell biology of ageing: part II. Clinical Science.* 2019;249-80.
25. Soenen S, Rayner CK, Jones KL, Horowitz M. The ageing gastrointestinal tract. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* 2016;19(1);12-8.
26. Souza TT, Sturion CJ, Faintuch J. Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. *Clin Nutr.* 2015;34(6):1088-92.
27. Nandagopalan PA, Magdalene KF, Binu A. Effect of aging on the quantitative number of Brunner's glands. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:4-6.
28. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer disease. *Coldspring Harb perspect Med.* 2012;2(8).
29. World Health Organization and Alzheimer's Disease International, Dementia: a public health priority, 2012. [Pristupljeno 15.12.2021.] Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en
30. Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M i sur. Alzheimerova bolest i druge demencije, rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb 2017.
31. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jasterbarsko: Naknada Slap; 1998.
32. Brinar V. (2009). Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada.
33. HZJZ. Alzheimerova bolest. HZJZ.2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> [Pristupljeno 15.12.2021.]
34. Cabeza R. Cognitive neuroscience of aging: contributions of functional neuroimaging. *Scand J Psychol.* 2001;42(3):277-86.

35. Moj portal group: Moje zdravlje. Sedam stadija demencije. 2013. Dostupno na: <http://www.mojezdravlje.ba/novost/162447/Sedam-stadija-demencije> [Pristupljeno 16.12.2021.]
36. Brody H: The aging brain. *Acta Neurol Scand Suppl.* 1992;40-4.
37. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. *Neurol.Croat.* Zagreb 2011;60.
38. Holmes C, Cairns N, Lantos P, Mann A. Validity of current clinical criteria for Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies. *Br J Psychiatry*, 1999;174:45-50.
39. Demarin V, Trkanjec Z. (2008). *Neurologija za stomatologe.* Zagreb: Medicinska naklada.
40. Duraković Z. (2007). *Gerijatrija : medicina starije dobi.* Zagreb: C.T. - Poslovne informacije.
41. Schwarz S, Froelich L, Burns A. Pharmacological treatment of dementia. *Current opinion in psychiatry*, 2012;6:542-550
42. Jenkins C, Keenan B, Ginesi L. The nurse's role in caring for people with dementia. *Nurs Times.* 2016 Aug;112(27-28):20-23. PMID: 30549777.
43. Scott LT, Kugelman M, Tulloch K. How medical professional students view older people with dementia: Implications for education and practice. *PLOS One.* 2019;20;14(11)
44. Vasiljev Marchesi V, Racz A, Bilajac L, Roviš D, Rukavina T. Kvalitativno istraživanje stavova o starenju i potrebama osoba starije životne dobi u Gradu Rijeci: javnozdravstveni i bioetički aspekti. *Medicina Fluminensis*, 55 (2019)3;247-259
45. Stojić J. Stav i znanje studenata medicine o demencijama. [Master's thesis / Diplomski rad] 2020. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
46. Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákási M, Kálmán J, Hajnal F, Karádi K. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Prim Health Care Res Dev.* 2019.1;20
47. Keogh B, Wing Ting T, Daly L, Hynes G, Kennelly S, Lawrol B i sur. Acute hospital staff's attitudes towards dementia and perceived dementia knowledge: a cross – sectional survey in Ireland. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):376.

48. Steiner ABQ, Jacinto AF, Citero VA. Older adults with dementia: knowledge and attitudes of physicians in health units. *Rev Saude Publica*. 2020 Dec 14;54:137. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002451. PMID: 33331529; PMCID: PMC7703527.
49. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver KE. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLoS ONE*. 2018;13(4).
50. Evans SC. Ageism and Dementia. In: Ayalon L, Tesch-Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer; 2018. 10.1007/978-3-319-73820-8.
51. Cahill S, Pierce M, Werner P, Darley A, Bobersky A. A systematic review of the public's knowledge and understanding of Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2015;29(3):255–275.
52. Cowdell F. The care of older people with dementia in acute hospitals. *Int J Older People Nursing*. 2010;5(2):83–92.
53. McPhail C, Traynor V, Wikstrom D, Brown ME, Quinn C. Improving outcomes for dementia care in acute aged care: impact of an education programme. *Dementia (London)* 2009;8(1):142–147.
54. Surr CA, Smith SJ, Crossland J, Robins J. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: a repeated measures study. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:144–151.
55. Schneider J, SchSchneider J, Schönstein A, Teschauer W, Kruse A, Teichmann B. Hospital Staff's Attitudes Toward and Knowledge About Dementia Before and After a Two-Day Dementia Training Program. *J.Alzheimers Dis*. 2020;77(1):355-365.
56. Newton C. Attitudes about older adults with dementia. *Psychthesis*. 2018.
57. Brown L, Hansnata E, La HA. Economic cost of dementia in Australia 2016–2056. Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling (NATSEM) 2017.
58. Chenoweth B, Spencer B. Dementia: The experience of family caregivers. *The Gerontologist*. 1986;26(3):267–72.

59. Jones C, Moyle W, Stockwell-Smith G. Caring for older people with dementia: An exploratory study of staff knowledge and perception of training in three Australian dementia care facilities. *Australasian Journal on Ageing*. 2013;32(1):52–5.
60. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver KE. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLoS ONE*. 2018;13(4).
61. Phillipson L, Magee C, Jones S, Skladzien E. Exploring Dementia and Stigma Beliefs: A Pilot Study of Australian Adults Aged 40 to 65 Years. Sydney: Alzheimer's Australia, 2012:15.
62. Isaac M. G. E. K. N., Isaac M. M., Farina N., Tabet N. Knowledge and attitudes towards dementia in adolescent students. *Journal of Mental Health*. 2017;26(5):419–425.
63. Chapman E. N., Kaatz A., Carnes M. Physicians and implicit bias: How doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of General Internal Medicine*. 2013;28(11):1504–1510.
64. Helmes E, Gee S. Attitudes of Australian therapists toward older clients: Educational and training imperatives. *Educational Gerontology*. 2003;29(8):657–70.
65. Tomko J. K., Munley P. H. Predicting counselling psychologists attitudes and clinical judgments with respect to older adults. *Aging & Mental Health*. 2013;17(2):233–241.

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Silvija Kaleb

Datum i mjesto rođenja: 18.10.1990., Split

E-mail: silvija_popovic@hotmail.com

OBRAZOVANJE:

1997.-2005. Osnovna škola „Mejaši“ Split

2005.-2009. Zdravstvena škola Split – smjer medicinska sestra/tehničar

2009.-2013. Medicinski fakultet Split – stručni studij Sestrinstvo

2016.- Diplomski studij Sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split

RADNO ISKUSTVO:

2013.-2014. Stručno osposobljavanje za rad Klinički bolnički centar Split

2014.-2016. Zamjene u ordinacijama Obiteljske medicine

2016.- Klinički bolnički centar Split (Zavod za Nefrologiju i dijalizu)

VJEŠTINE:

Rad na računalu – aktivno svakodnevno korištenje MS office paketa

Strani jezici: Engleski jezik

PRILOZI

UPITNIK ZA POTREBE ISTRAŽIVANJA

Poštovana / poštovani,

pozivamo Vas na sudjelovanje u istraživanju pod nazivom „Razlike stavova studenata zdravstvenog i nezdravstvenog usmjerenja o starenju i demenciji kao društvenoj pojavi“, koje se provodi u svrhu prikupljanja podataka za izradu diplomskog rada.

Cilj istraživanja je istražiti utjecaj različitih čimbenika na znanja i stavove studenata prema starosti, procesu starenja i jednoj od najčešćih bolesti treće životne dobi - demenciji. Vaše sudjelovanje u istraživanju **dobrovoljno**.

Ovo istraživanje odobrilo je Etičko povjerenstvo Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija, Sveučilišta u Splitu.

Ukoliko imate dodatna pitanja u svezi s istraživanjem, možete se izravno obratiti na email: iris.jeroncic@mefst.hr, silvija_popovic@hotmail.com.

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno, prikupljeni podatci će se koristiti isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe i neće se zlorabiti ni na koji način. Temeljem rezultata izradit će se diplomski rad, a najvažniji rezultati istraživanja će biti javno prikazani.

Vrijeme koje je potrebno za rješavanje upitnika je oko 15 minuta.

Ukoliko se odlučite za sudjelovanje i odgovorite na pitanja, smatrat će se da ste dali svoj pristanak na sudjelovanje u ovom istraživanju.

OPĆI PODATCI

1.	Dob: _____ 2) Ž	Spol: 1) M
2.	Ustanova u kojoj studirate: <ul style="list-style-type: none"> • Medicinski fakultet • Odjel zdravstvenih studija • Pomorski fakultet • Filozofski fakultet 	3. Godina studija: _____
4.	Prebivalište: 1) gradsko naselje 2) prigradsko naselje 3) seosko naselje	
5.	Živim: 1) sam/a 2) s roditeljima 3) s partnerom (bračnim ili nevjenčanim)	
6.	Živi li s Vama u kućanstvu neka starija osoba? 1) da 2) ne	ako je odgovor na pitanje 6. da , navedite: srodstvo (primjerice baka ili djed, ili oboje) te dob starije/ih osobe/a. Srodstvo: _____ Dob: _____
7.	(Ako je odgovor na pitanje 6. ne ?) Koliko često ih posjećujete? 1) svaki dan 2) dva-tri puta tjedno 3) jednom tjedno 4) dva puta mjesečno 6) dva puta godišnje 7) jednom godišnje 8) na blagdane 9) uopće ih ne posjećujem 10) nisu više živi	
8.	Kada je po Vašem mišljenu čovjek star? 1) 50 - 59 godina 2) 60 - 69 godina 3) 70 - 79 godina 4) 80 - 89 godina 5) 90 i više godina	
9.	Bolujete li od neke kronične bolesti? (npr. Dijabetes, hipertenzija...) Ako je odgovor da , molimo navedite koje? 1) da 2) ne _____	

Koganova ljestvica stavova prema starijim ljudima

U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem
A	B	C	D	E	F

1.	Vjerojatno bi bilo bolje kada bi stariji ljudi živjeli u stambenim jedinicama s ljudima koji su njihovih godina.	A	B	C	D	E	F
2.	Vjerojatno bi bilo bolje kada bi stariji ljudi živjeli u stambenim jedinicama u kojima stanuju i mlađi ljudi.	A	B	C	D	E	F
3.	Postoji nešto drugačije kod većine starijih ljudi: teško je shvatiti što ih pokreće.	A	B	C	D	E	F
4.	Većina starijih ljudi stvarno se ne razlikuje od ostalih: lako ih je razumjeti kao i mlađe ljude.	A	B	C	D	E	F
5.	Većina starijih ljudi ima svoje navike, te se ne može promijeniti.	A	B	C	D	E	F
6.	Većina starijih ljudi sposobna je za nove prilagodbe, kada situacija to zahtijeva.	A	B	C	D	E	F
7.	Većina starijih ljudi bi radije prestala raditi čim steknu uvjete za umirovljenje ili da bi ih njihova djeca mogla uzdržavati.	A	B	C	D	E	F
8.	Većina starijih ljudi bi radije nastavila raditi koliko god može, nego ovisila o nekome drugome.	A	B	C	D	E	F
9.	Većina starijih ljudi često dopušta da njihovi domovi postanu odrpani i neprivlačni.	A	B	C	D	E	F
10.	Općenito se može očekivati da će stariji ljudi održavati čist i privlačan dom.	A	B	C	D	E	F
11.	Smiješno je tvrditi da starost čini ljude mudrijima.	A	B	C	D	E	F
12.	Kroz godine ljudi postaju mudriji.	A	B	C	D	E	F
13.	Stariji ljudi imaju previše moći u poslu i politici.	A	B	C	D	E	F
14.	Stariji ljudi trebali bi imati više moći u poslu i politici.	A	B	C	D	E	F
15.	Većina starih ljudi izaziva nelagodu.	A	B	C	D	E	F
16.	Društvo većine starih ljudi je opuštajuće.	A	B	C	D	E	F
17.	Većina starijih ljudi dosađuje ostalima sa svojim inzistiranjem na razgovoru o „dobrim starim vremenima.“						

	A	B	C	D	E	F
18.	Jedna od najzanimljivijih i najzabavnijih odlika starijih ljudi je njihovo iskustvo iz prošlosti.					
	A	B	C	D	E	F
19.	Većina starijih ljudi provodi previše vremena baveći se tuđim životima te nudeći netražene savjete.					
	A	B	C	D	E	F
20.	Većina starijih ljudi se nastoji povući te daje savjete samo kada ih se pita.					
	A	B	C	D	E	F
21.	Ako stariji ljudi očekuju da ih ljudi prihvate, prvi korak koji moraju poduzeti je riješiti se svojih iritantnih mana.					
	A	B	C	D	E	F
22.	Kad bolje razmislite, stariji ljudi imaju mane kao i svi ostali.					
	A	B	C	D	E	F
23.	Kako bi se stambena četvrt smatrala ugodnom, bilo bi bolje da previše starijih ljudi ne živi u njoj.					
	A	B	C	D	E	F
24.	Možete računati na pronalaženje ugodne stambene četvrti i kada tamo živi prilično velik broj starijih ljudi.					
	A	B	C	D	E	F
25.	Postoji nekoliko iznimaka, ali u biti su svi stariji ljudi više manje jednaki.					
	A	B	C	D	E	F
26.	Očito je da se stariji ljudi značajno razlikuju jedni od drugih.					
	A	B	C	D	E	F
27.	Većina starijih ljudi trebala bi brinuti o osobnom izgledu; previše su neuredni.					
	A	B	C	D	E	F
28.	Čini se da većina starijih ljudi pazi na čist i uredan izgled.					
	A	B	C	D	E	F
29.	Većina starijih ljudi je razdražljivija, mrzovoljna i neugodna.					
	A	B	C	D	E	F
30.	Većina starijih ljudi je vesela, ugodna i dobronamjerna.					
	A	B	C	D	E	F
31.	Većina starijih ljudi se stalno žali na ponašanje mlađe generacije.					
	A	B	C	D	E	F
32.	Rijetko se čuje da se stariji ljudi žale na ponašanje mlađe generacije.					
	A	B	C	D	E	F
33.	Većina starijih ljudi pretjerano traži ljubav i sigurnost.					
	A	B	C	D	E	F
34.	Većina starijih ljudi ne treba više ljubavi i sigurnosti nego bilo tko drugi.					
	A	B	C	D	E	F

Palmerov upitnik o starenju

Zaokružiti: TOČNO ili NETOČNO

1.	Većina (više od polovice) starijih osoba (65 i više godina) je senilna (manjkavog pamćenja, dezorijentirana ili dementna)	TOČNO	NETOČNO
2.	Svih pet osjetila ima tendenciju slabljenja tijekom starenja.	TOČNO	NETOČNO
3.	Većina (više od polovice) starijih osoba (65 i više godina) nije sposobna za seksualne odnose.	TOČNO	NETOČNO
4.	Kapacitet pluća slabi tijekom starenja.	TOČNO	NETOČNO
5.	Većina (više od polovice) starijih osoba (65 i više godina) tvrdi da se osjeća nesretno.	TOČNO	NETOČNO
6.	Fizička snaga slabi tijekom starenja.	TOČNO	NETOČNO
7.	Najmanje 10 % starih osoba (65 godina i više) živi u ustanovama s dugogodišnjim boravkom (staračkim domovima, duševnim bolnicama, domovima za ostarjele osobe)	TOČNO	NETOČNO
8.	Ostarijeli vozači (stariji od 65 godina) imaju manje nesreća po vozaču nego vozači mlađi od 65 godina.	TOČNO	NETOČNO
9.	Većina starijih zaposlenika ne može raditi jednako učinkovito kao i mlađi zaposlenici.	TOČNO	NETOČNO
10.	Oko 80 % starih osoba (65 i više godina) kaže da su dovoljno zdravi za bavljenje svakodnevnim aktivnostima.	TOČNO	NETOČNO
11.	Većina starih osoba nije sposobna prilagoditi se promjeni.	TOČNO	NETOČNO
12.	Starim osobama treba više nego mlađim osobama kako bi naučili nešto novo.	TOČNO	NETOČNO
13.	Gotovo je nemoguće za većinu starijih osoba da nauče nešto novo.	TOČNO	NETOČNO
14.	Vrijeme reakcije kod starijih osoba sporije je nego kod mlađih ljudi.	TOČNO	NETOČNO
15.	Općenito, većina starijih osoba prilično je slična.	TOČNO	NETOČNO
16.	Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže da im je rijetko dosadno.	TOČNO	NETOČNO
17.	Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže da su usamljeni.	TOČNO	NETOČNO
18.	Stariji zaposlenici imaju manje nesreća od mlađih zaposlenika.	TOČNO	NETOČNO
19.	Većina liječnika smatra starije osobe niskim prioritetom.	TOČNO	NETOČNO
20.	Većina starijih osoba (65 i više godina) ima prihode niže od razine siromaštva	TOČNO	NETOČNO
21.	Većina starijih osoba (65 i više godina) radi ili bi voljela raditi neki posao (uključujući kućanske poslove ili poslove volontiranja).	TOČNO	NETOČNO

22.	Starije osobe sklonije su postati religioznije sa starenjem.	TOČNO	NETOČNO
23.	Većina starijih osoba (65 i više godina) kaže kako su rijetko ljuti.	TOČNO	NETOČNO

Skala stavova o demenciji (DAS)

Navedite koliko se slažete, ili ne slažete sa sljedećih 20 tvrdnji:						
1 = u potpunosti se slažem; 2 = slažem se; 3 = niti se slažem, niti ne slažem						
4 = ne slažem se; 5 = u potpunosti se ne slažem						
1.	Osjećam se samopouzđano u blizini osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
2.	Mogu ležerno dodirivati osobe s demencijom.	1	2	3	4	5
3.	Ne osjećam se ležerno u blizini osobe s demencijom.	1	2	3	4	5
4.	Nisam dovoljno upoznat s demencijom.	1	2	3	4	5
5.	Izbjegao bi kontakt s uzrujanom osobom s demencijom.	1	2	3	4	5
6.	Osjećam se opuštено u blizini osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
7.	Frustriran sam jer ne znam kako pomoći osobama s demencijom.	1	2	3	4	5
8.	Nagrađujuće je raditi s osobama s demencijom.	1	2	3	4	5
9.	Ne mogu zamisliti da se moram brinuti o osobi s demencijom.	1	2	3	4	5
10.	Bojim se osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
11.	Osobe s demencijom mogu biti kreativne	1	2	3	4	5
12.	Svaka osoba s demencijom ima različite potrebe.	1	2	3	4	5
13.	Osobe s demencijom vole imati poznate predmete u blizini.	1	2	3	4	5
14.	Važno je znati protekli život osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
15.	Moguće je uživati u druženju s osobama s demencijom.	1	2	3	4	5
16.	Osobe s demencijom mogu uživati u životu.	1	2	3	4	5
17.	Osobe s demencijom mogu osjetiti kada je netko dobar prema njima.	1	2	3	4	5
18.	Možemo učiniti mnogo kako bi poboljšali život osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
19.	Divim se vještinama suočavanja s bolesti kod osoba s demencijom.	1	2	3	4	5
20.	Teško ponašanje može biti način komunikacije osoba s demencijom.	1	2	3	4	5

ZAHVALJUJEMO NA SUDJELOVANJU!