

BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM
DRUŠTVU

TOM III

Briga o starijim licima u savremenom društvu, zbornik radova sa XIII međunarodnog naučnog skupa održanog 9. maja/svibnja 2025. godine, Prvo izdanje

PRIREDILA

Dr. Albina Fazlović

IZDAVAČ:

EVROPSKI UNIVERZITET BRČKO DISTRIKT

049-590-605

www.eubd.edu.ba/

ZA IZDAVAČA

Akademik prof. dr. Nedeljko Stanković

RECENZENTI:

Akademik prof. dr. Miroslav Baljak
Akademik prof. dr. Ivan Balta
Akademik prof. dr. Rudika Gmajnić
Akademik prof. dr. Branimir Mikić
Akademik prof. dr. Zoran Milošević
Akademik prof. dr. Nedeljko
Stanković
Akademik prof. dr. Branko
Vučković
Akademik prof. dr. Vesna Vučković

Prof. dr. Nenad Avramović
Prof. dr. Izet Banda
Prof. dr. Fahir Baraković
Prof. dr. Kemal Brkić
Prof. dr. Anka Bulatović
Prof. dr. Refik Čatić
Prof. dr. Velimir Dedić
Prof. dr. Radoslav Galić
Prof. dr. Nenad Kapor

Prof. dr. Esed Karić
Prof. dr. Azem Kožar
Prof. dr. Mirko Kulić
Prof. dr. Rahman Nurković
Prof. dr. Muhamed Omerović
Prof. dr. Jasminka Sadadinović
Prof. dr. Ismet Sejfića
Prof. dr. Mithat Tabaković
Prof. dr. Halid Žigić

Prof. dr. Milanko Aladžić
Prof. dr. Borko Baraban
Prof. dr. Allen Popović-Beganović
Prof. dr. Veselin Bunčić
Prof. dr. Ferhat Čejvanović
Prof. dr. Mladen Dobrić
Prof. dr. Albina Fazlović
Prof. dr. Dario Galić
Prof. dr. Elvir Ibeljić
Prof. dr. Perica Ivanek

Prof. dr. Sanda Pribić
Prof. dr. Dobrila Regoje
Prof. dr. Tešo Ristić
Prof. dr. Kojo Simić
Prof. dr. Zvezdan Stojanović
Prof. dr. Izudin Tanović
Prof. dr. Lidija Vučićević

Doc. dr. Dragica Arnautović-Aksić
Doc. dr. Dragana Aleksić
Doc. dr. Sandi Dizdarević
Doc. dr. Edin Hrštić
Doc. dr. Indira Dajić-Hukić
Doc. dr. Miro Maksimović
Doc. dr. Darko Manjenčić
Doc. dr. Hrvoje Mesić
Doc. dr. Vesna Novak
Doc. dr. Ina Stašević
Doc. dr. Danka Radivojević
Doc. dr. Zdravko Vučićević

Dizajn korica:

Markos, Banja Luka

Priprema za štampa i štampa:

Markos, Banja Luka

Tiraž: 300

ISBN 978-99955-99-83-6

BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU

**ZBORNIK RADOVA SA XIII MEĐUNARODNOG NAUČNOG SKUPA ODRŽANOG
9. MAJA/SVIBNJA 2025. GODINE**

PRIREDILA
Dr. Albina Fazlović

Brčko, 2025.

NAUČNI ODBOR:

1. Akademik prof. dr. Nedeljko Stanković, **Republika Austrija**, predsjednik odbora,
2. Akademik prof. dr. Zoran Milošević, **Republika Srbija**, zamjenik predsjednika odbora,
3. Akademik univ. prof. dr. phil. dr. hc. dr. habil. Wolfgang Rohrbach, **Republika Austrija**,
4. Akademik prof. dr. Branko Vučković, **Republika Crna Gora**,
5. Akademik prof. dr. Miodrag Simović, **Bosna i Hercegovina**,
6. Akademik prof. dr. Zdravko Ebling, **Republika Hrvatska**,
7. Akademik prof. dr. Rudika Gmajnić, **Republika Hrvatska**,
8. Akademik prof. dr. Mladen Bodiroža, **Bosna i Hercegovina**,
9. Akademik prof. dr. Dževad Termiz, **Bosna i Hercegovina**,
10. Akademik prof. dr. Branislava Peruničić-Draženović, **Sjedinjene Američke Države**,
11. Akademik prof. dr. Muhammad Abdul Aziz Al Baker, **Država Katar**,
12. Akademik prof. dr. Fernando Maldonado Lopez, **Portugalska Republika**,
13. Akademik prof. dr. Ivan Balta, **Republika Hrvatska**,
14. Akademik Prof. DDDr. Habil. Aleksios Panagopoulos, **Republika Grčka**,
15. Akademik prof. dr. Branimir Mikić, **Bosna i Hercegovina**,
16. Prof. dr. Radoslav Galić, **Republika Hrvatska**,
17. Prof. dr. Slobodan Marinković, **Republika Srbija**,
18. Prof. dr. Joseph Vincent Thakuria, **Sjedinjene Američke Države**,
19. Prof. dr. Astrid Wilk, **Republika Francuska**,
20. Prof. dr. Mirko Kulić, **Republika Srbija**,
21. Prof. dr. Vladimir Džatijev, **Ruska Federacija**,
22. Prof. dr. Viktor Mischenko, **Ruska Federacija**,
23. Prof. dr. Kiril Shevchenko, **Republika Bjelorusija**,
24. Prof. dr. Harikumar Pallathadka, **Republika Indija**,
25. Dr. hc. Thokchom Radheshyam Singh, **Republika Indija**,
26. Prof. dr. Gideon C Mwanza, **Republika Zambija**,
27. Prof. dr. Aleksandar Anatoljevič Prigarin, **Republika Ukrajina**,
28. Prof. dr. Miroslav Daniš, **Slovačka Republika**,
29. Prof. dr. dr. hc. Stephan Truly Busch, **Savezna Republika Njemačka**,
30. Prof. dr. Antoni Mironović, **Republika Poljska**,
31. Prof. dr. Danilo Kapaso, **Republika Italija**,
32. Prof. dr. Jasminka H. Halilović, **Bosna i Hercegovina**,
33. Prof. dr. Stanford Chabanzara, **Republika Zimbabve**,
34. Prof. dr. Žarko Kostovski, **Republika Sjeverna Makedonija**,
35. Prof. dr. Dragan Tančić, **Republika Srbija**,
36. Prof. dr. Marija Ovsenik, **Republika Slovenija**.

ORGANIZACIONI ODBOR:

1. Akademik prof. dr. Vesna Vučković,
2. Akademkinja Helena Sablić Tomić,
3. Prof. dr. Izet Banda,
4. Prof. dr. Fahir Baraković,
5. Prof. dr. Kemal Brkić,
6. Prof. dr. Anka Bulatović,
7. Prof. dr. Esed Karić,
8. Prof. dr. Jasminka Sadadinović,
9. Prof. dr. Mithat Tabaković,
10. Prof. dr. Halid Žigić,
11. Prof. dr. Adi Rifatbegović,
12. Prof. dr. Dragan Bataveljić,
13. Prof. dr. Refik Čatić,
14. Prof. dr. Mustafa Tabaković,
15. Prof. dr. Nevenka Nićin,
16. Prof. dr. Omer Pinjić,
17. Prof. dr. Sanda Pribić,
18. Prof. dr. Dobrila Regoje,
19. Prof. dr. Kojo Simić,
20. Prof. dr. Izudin Tanović,
21. Prof. dr. Jelena Šogorov,
22. Prof. dr. Albina Fazlović,
23. Prof. dr. Nenad Kapor,
24. Prof. dr. Borko Baraban,
25. Doc. dr. Anto Domić,
26. Doc. dr. Hidajet Rahimić,
27. Doc. dr. Elmir Jahić,
28. Doc. dr. Hrvoje Mesić,
29. Doc. dr. Ina Stašević,
30. Dr. Mirnes Ajanović,
31. Dr. Nebojša Potkonjak,
32. Mr. Nemanja Smičiklas,
33. Mr. Marijana Džombić,
34. Mr. Merima Gigović,
35. Mr. Amela Ibričić,
36. Mr. Hariz Redžić,
37. Mr. Jovana Cvjetković.

Sadržaj

I sekcija

Akademik prof. dr. Dževad Termiz Prof. dr. Ermin Kuka	TEORIJSKI I METODOLOŠKI PROBLEMI ISTRAŽIVANJA GERONTOLOGIJE	13
Prof. dr. Kemal Brkić Mr.sc. Hariz Redžić Mr. Deniza Pepić	IMPLIKACIJE STARENJA	21
Academician Prof. DDDr. Alexios P. Panagopoulos	CARE FOR THE ELDERLY IN GREECE	34
Dr. sc. Sena Družić Dr.sc. Alma Hajrić - Čaušević Erna Mušić – Kličić	DISKRIMINACIJA OSOBA NA TEMELJU STAROSNE DOBI	49
Prof. dr. Stevo Pašalić	DEMOGRAFSKE I EKONOMSKE POSLEDICE STARENJA STANOVNIŠTVA BOSNE I HERCEGOVINE	60
Doc. dr. Slobodan Prodić Spec. dr. Vanja Prodić	ZLOUPOTREBA DEMENCIJE U POLITIČKE SVRHE ISKUSTVA REPUBLIKE SRBIJE I BOSNE I HERCEGOVINE	72
Stanford Chabayanzara	CREATING AN ELDERLY-FRIENDLY SOCIETY: A CALL TO ACTION FOR SUPPORTING AND LEVERAGING OLDER ADULTS	83
Doc. dr. sc. Salih Selimbašić	ULOGA I ZNAČAJ SOCJALNOG RADNIKA U ZAŠTITI STARIJIH OSOBA	102
Mr. Aida Lović	ULOGA STARIJIH LJUDI U POLITIČKIM PROCESIMA: IZAZOVI U OBLIKOVANJU POLITIČKIH ODLUKA	113
Dragan Maksimović	STARENJE STANOVNIŠTVA – IZAZOV SOCIJALNE POLITIKE	122

Marija Rajkovača	OSJEĆAJ INTEGRIRANOSTI U DRUŠTVO KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	131
Sandra Malokas	UTICAJ LOKALNE ZAJEDNICE NA BRIGU O STARIJIM LICIMA	145

II sekcija

Akademik prof. dr. Rudika Gmajnić	STIGMATIZACIJA OSOBA KOJE BOLUJU OD DEMENCIJE	156
Prof. dr. Mithat Tabaković	TREĆE ŽIVOTNO DOBA KVALITET ŽIVOTA U STAROSTI - MEDICINSKI I PSIHOLOŠKI ASPEKTI	163
Prof. dr. Fahir Baraković Admir Mukanović	SAMAČKI ŽIVOT I USAMLJENA SMRT	172
Prof. dr. Adem Salihagić	RAZUMIJEVANJE PROCESA STARENJA KROZ TEORIJSKE PERSPEKTIVE	184
Dr. Sabina Čamdžić-Smajić Prof. dr. Munevera Bećarević	STAROSNA STRUKTURA PACIJENATA NA ANTIKOAGULANTNOJ TERAPIJI I ZAHTJEVIMA ZA KRVLJU	197
Doc. dr. Alma Halilčević Terzić	BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU	211
Prof. dr. Allen Popović – Beganović Dr. Vera Vrbljanac Popović – Beganović Prof. dr. Admir Beganović	SENILNA MAKULARNA DEGENERACIJA - ARMD?	230
Dr Maja Kepeska	BRIGA O STARIM LICIMA SA BOLESTI ŽUTE MRLJE	246
Dr Damjan Kepeski	BRIGA O STARIM LICIMA SA ZAMUĆENJEM VIDA	255

Prof. dr. Sulejman Kendić	ZDRAVSTVENI PROBLEMI ŽENA KROZ PROCES STARENJA	262
Doc. dr. Adila Delić	BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU: IZAZOVI I MOGUĆNOSTI	272
Dr Naser Osmani	SKRINING PSA KOD STARIJIH MUŠKARACA (IZNAD 65 GODINA) SA OGRANIČENIM ŽIVOTNIM VIJEKOM	279
Dr. Artan Elshani	NOVI BIOMARKERI ZA DIJAGNOSTIKU RAKA PROSTATE KOD STARIJIH MUŠKARACA	284
Akademik prof. dr Branimir Mikić Azra Dugonjić Jasminko Dugonjić	SARKOPENIJA U PROCESU STARENJA	398
Prof dr Izudin Tanović Doc. dr. Senad Međedović Mr. Saša Stojanović	ULOGA I ZNAČAJ TJELESNE AKTIVNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI	306
Mr Nedeljko Petrović Nemanja Petrović Prof. dr Zoran Petrović	REHABILITACIJA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	314
Doc. dr Stana Bekčić	AKTIVNO STARENJE U SAVREMENOM DRUŠTVU	321
Prof. dr Veselin Bunčić Halas Mihalj Goran Zečević	PREDNOSTI NISKO-INTEZIVNIH SPORTSKIH AKTIVNOSTIAEROBNOG TIPA ZA STARIJE OSOBE (HODANJE, TRČANJE. PLIVANJE, JOGA)	329
Prof. dr Dobrila Regoje Dr Sabina Kantić Dr Marija Ivanović	STOMATOLOŠKA TERAPIJA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI U USLOVIMA STACIONIRANIH USTANOVA	336
Doc. dr. sci. dr. spec. Edin Hrštić Doc. dr. Edin Kaletović Dr. Adna Avdić	STOMATOLOŠKA NJEGA STARIJIH OSOBA	359

Doc. dr. Mirela Redžić	POTREBE I ZAHTJEVI STARIJIH OSOBA U SKLADU S BIOLOŠKOM DOBI	373
Mr sci. dr Bojan R. Jelić Dr Tatjana Jelić	VAŽNOST ORALNOG ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA	384
Doc. dr. sc. Ina Stašević Jelena Kosi, bacc. med. techn.	SOCIOEKONOMSKI I DEMOGRAFSKI ČIMBENICI I NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA	394
Doc. dr Igor Dragičević Dr Marijana Srečković Dr sc. med. Olivera Ninković	ULOGA PROTIVEPIDEMIJSKIH MERA U PREVENCIJI ŠIRENJA AKUTNIH RESPIRATORNIH INFEKCIJA U GERONTOLOŠKOM CENTRU. NAUČENE LEKCIJE KROZ PRIKAZ SLUČAJA	409
Dr. sc. Sanja Kanisek, mag.med.techn.	IZAZOVI ZDRAVSTVENE SKRBI U BRIZI ZA STARIJE OSOBE U SUVREMENOM DRUŠTVU	419
Prim. dr sc. Vida Subotić, mr. ph	PREHRANA I SUPLEMENTACIJA STARIJIH OSOBA U BOLNIČKIM USLOVIMA	428
Mr Jovana Cvjetković Doc. dr Darko Manjenčić Anja Manjenčić	ISPITIVANJE I ANALIZE SAVREMENIH SCINTIGRAFSKIH METODA SA OSVRTOM NA NAJKOMPLIKOVANIJE DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE KOJE PROGNOZIRAJU ODNOSNO PROCJENJUJU RIZIKE BOLESTI KOD STARIJIH OSOBA	439
Filip Petković, univ.mag.physioth. Prof. dr. Zvonimir Užarević	POVEZANOST TJELESNE AKTIVNOSTI I DEPRESIVNOG RASPOLOŽENJA U GERIJATRIJSKOJ POPULACIJI DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE BELI MANASTIR	451
Ivana Vadlja Katalinić, mag. med. techn.	ZADOVOLJSTVO KVALITETOM ŽIVOTA U DOMOVIMA ZA STARE I NEMOĆNE	464
Krešimir Lončar, dr. med., spec. radioterapije i onkologije Prof. dr. Barbara Ebling	SKRIB NA KRAJU ŽIVOTA U KUĆI BOLESNIKA - PRIKAZ DVOGODIŠNJEG ISKUSTVA PRIVATNE POLIKLINIKE	480

Ana Gmajnić, dr. med.	RANO PREPOZNAVANJE DEMENCIJE	491
Mr. ph. Anela Arnautović	KVALITET ŽIVOTA I SOCIJALNI IZAZOVI GERIJATRIJSKE SKUPINE	497
Barbara Šimatić, dr. med.	SKRB O STARIJIM PACIJENTIMA	510
Dr Olivera Vojvodić	SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU DEPRESIJE KOD STARIJIH OSOBA	516
Ivan Veber, univ. mag. physioth. Meri Reili, univ. mag. physioth. Josip Ivanda, univ. mag. physioth.	TREĆA ŽIVOTNA DOB, AKTIVNO STARENJE I ULOGA FIZIOTERAPEUTA U OČUVANJU FUNKCIONALNOSTI	526
Lea Dumić, dr. med.	GERIJATRIJSKA MEDICINA	540
Lea Sarić, dr. med.	PROBLEMI S KOJIMA SE STARIJE OSOBE SUSREĆU I MOGUĆA RJEŠENJA	547
Brigita Bagara, bacc.med.techn. Srđan Važić, bacc.med.techn.	NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA - ZAKONODAVNI OKVIR I ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREPOZNAVANJU INDIKATORA NASILJA NAD STARIJIM OSOBAMA	553

TEORIJSKI I METODOLOŠKI PROBLEMI ISTRAŽIVANJA GERONTOLOGIJE

Sažetak

Gerontologija, kao naučna disciplina, počela se razvijati relativno kasno. To je, prije svega, iz razloga što je ta naučna disciplina morala imati konstituisan svoj poseban predmet i metod istraživanja. To su dva bitna i nezaobilazna dijela svake posebne nauke i/ili naučne discipline. Predmet gerontologije je čovjek (ljudi), primarno stariji ljudi – njihov život, proces njihova starenja i sve drugo što se veže za njih u egzistencijalnom i socijalnom smislu. Kada je u pitanju metod istraživanja, u oblasti gerontoloških istraživanja primjenjuju se gotovo sve metode razvijene i poznate u savremenoj metodologiji društvenih nauka, s tim da u naučnim istraživanjima gerontologije dominiraju metode posmatranja, studije slučaja, eksperimenta, ispitivanja, analize (sadržaja) dokumenata, kao i statistička opštenaučna metoda. Osnovi problem istraživanja gerontologije jeste specifičnost procesa koji su isključivo vezani za pojedinca. Postoje neke opšte odredbe, a neke su specifične. Teško je, stoga, u okviru gerontologije istraživati neki problem kao problem u cjelini, već je orijentacija na pojedince ili grupe sa istim ili srodnim obilježjima.

Ključne riječi: teorija, metodologija, istraživanje, naučno istraživanje, gerontologija, starenje

1. UVOD

Istraživanja predstavljaju nezaobilazan i sastavni dio svakodnevne životne, pa tako i naučne prakse. Bitno obilježje istraživanja jeste što se pri tom procesu javljaju raznovrsni i brojni problemi. U okvirima naučno-istraživačke prakse, „sva istraživanja su nužno teorijsko-empirijska, jer ona imaju empirijski osnov (društvenu stvarnost) ili/i teorijski poticaj, kao i zbog uloge i značaja teorijskih naučnih istraživanja u toku cijelog procesa istraživanja od predprojektna etape, etape projektovanja i izrade projekta istraživanja i realizacije istraživanja po, pretestiranom i verifikovanom, projektu do izrade izvještaja o istraživanju i rezultatima istraživanja i primjene stečenih saznanja u nauci i društvenoj praksi.“¹ U suštini, sva naučna istraživanja su teorijsko-empirijskog karaktera, s tim da se može govoriti o pretežnosti jednih ili drugih u kompletnom procesu sticanja istinitog naučnog saznanja naučnim istraživanjem. Tako su i naučna istraživanja gerontologije i teorijska² i empirijska, s tim da su pretežno empirijskog karaktera. Jer, problemi gerontologije su isključivo vezani za čovjeka (pojedinca), a on je neizostavan dio društvene stvarnosti. Svi procesi gerontologije vezani su za pojedinca³, pa je i naučno istraživanje gerontologije usmjereno na pojedinca ili eventualno određene grupe koje imaju iste ili srodna obilježja.

Gerontologija, kao multidisciplinarna naučna disciplina, proučava, istražuje i analizira procese starenja i starosti, kao i sva druga pitanja i probleme koji se tiču starijih osoba. Usmjerena je na proučavanje svih vrsta promjena koje su neizostavna sastavnica i obilježje procesa starenja,

¹ Termiz, Dževad et al. (2021). *Methodological issues of scientific-theoretical research*, u: Danilović, Nedo i Dragan Tančić (ur.) (2021). *Primenjena istraživanja – međunarodni tematski zbornik*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 47-58; Termiz, Dževad (2016). *Problemi meta metodologije*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu.

² Termiz, Dževad (2013). *Kritika teorije*. Sarajevo: Amog graf.

³ Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Fenomen aktivnog starenja u procesu kreiranja javnih politika u Bosni i Hercegovini*, u „DTI-Društvena i tehnička istraživanja“, God. II, br. 1, str. 78-86.

kao i fizičkih, bioloških, psiholoških, socioloških, ekonomskih, kliničkih i drugih aspekata vezanih za starenje (promjene u starenju). Dakle, u fokusu gerontologije su starije osobe i stanje u kome se one nalaze, kao i značaj tih fenomena, kako za same pojedince, tako i za porodicu i širu društvenu zajednicu (društvo – kolektivitet).

Gerontologija nije preokupacija samo i isključivo zdravstvenog osoblja i/ili socijalnih radnika. Ona je, u današnjem vremenu, postala naučnom i empirijskom preokupacijom i svih ostalih profesija koje teorijski i empirijski naučno istražuju procese starenja. Stoga, gerontologija je privukla i privlači pažnju i zanimanje sociologa, pravnika, psihologa, antropologa, biologa, demografa, statističara, ekonomista, kao i brojnih drugih naučnika, istraživača i praktičara iz oblasti socijalnog rada i socijalne skrbi. Saznanja i spoznaje ovih nauka i naučnih disciplina pomogla su u pozicioniranju gerontologije kao zasebne naučne discipline, koja ima izgrađen svoj poseban predmet i metod nauke.

Do naučnih saznanja važnih za gerontologiju dolazi se primjenom naučnih metoda, a koje su, ujedno, proizvod nauke i predmet metodologije koja je i sama nauka uopšte (društvenih nauka i posebnih i specijalnih nauka i naučnih disciplina). Razvojem ove naučne discipline, širila su se znanja i saznanja o starenju kao neminovnoj fazi čovjekova života.

2. PROBLEMI DEFINISANJA STARENJA

Bez valjane definicije, barem uslovno prihvatljive, nije moguće zasnovati i konstituisati nauku/naučnu disciplinu⁴. To pravilo važi i za gerontologiju, kao relativno novu naučnu disciplinu.

U fokusu interesiranja relevantnih istraživanja je starenje pojedinca, kojim se sa naučnog aspekta bavi gerontologija. Postoje mnoge poteškoće u definiranju opšteg pojma starenje, kao i različiti metodološki pristupi tome fenomenu. Jedno od njih jeste definiranje starenja koje se vezuje za socijalne konstrukte. Takve definicije se baziraju na „tumačenju ličnosti, promene socijalne uloge i socijalnih odnosa pojedinca.“⁵ Tako se, s ovog aspekta starom osobom može smatrati „ona kojoj je bitno smanjena funkcija adaptacije na promene u okruženju ili osoba čija deca su napustila njihov dom kao svoju primarnu porodicu, osamostalila se i zasnovala svoju sopstvenu porodicu.“⁶ Upravo navedene činjenice su odrednica savremenog življenja u gotovo svim državama svijeta i sastavni i neizostavni dio života starijih osoba, čimespoznanje, znanja i saznanja koja nudi gerontologija dobivaju sve više na značaju.

Naučnici i istraživači smatraju kako je u većini definisanja i određenja starenja pojedinca izražena metodološka pogreška u pristupu. Naime, izostavlja se jedna izuzetno značajna metoda pribavljanja podataka u naučnim istraživanjima i analizama starenja pojedinaca, a to je metoda posmatranja. Metoda posmatranja svoje temelje ima u „prirodnom ponašanju i nužnoj težnji svakog ljudskog i svakog živog bića da ispoljava i da održava opštenje sa okruženjem. Dakle, poslije disanja, uzimanja hrane i tečnosti i obavljanja drugih nagonskih fizioloških radnji, prva radnja od otvaranja očiju jeste posmatranje i shvatanje (kroz određeno razumijevanje) okruženja.“⁷

Predmet metode posmatranja u naučno-istraživačkoj praksi gerontologije su starije osobe (pojedinci), koji imaju lične, prepoznatljive kvalitativne i kvantitativne karakteristike (manifestirano i neposredno opazivo ponašanje). Na osnovu pribavljenih i obrađenih podataka

⁴ O definiciji i definisanju u: Termiz, Dževad (2025). *Metodologija društvenih nauka – četvrto izdanje*. Sarajevo/Beograd: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu/Medunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 79-89.

⁵ Škundrić, Saša (2006). *Starenje i starost*, u „Kućna nega i pomoć u kući starijim osobama – Priručnik za volontere“, str. 1.

⁶ Ibid, str. 1.

⁷ Termiz, Dževad (2013). *Osnovi metodologije socijalne psihologije*. Sarajevo: Amos graf, str. 163.

tokom procesa posmatranja starijih osoba, izvode se relevantni naučni zaključci, koji pomažu naučnicima i istraživačima u okviru gerontologije u tačnom i preciznom određenju i definisanju starenja pojedinca. S druge strane, prisutne su primjedbe koje se tiču toga da se prilikom definisanja i određenja starenja pojedinca svjesno ili nesvjesno vrši i određeno zanemarivanje pojedinačnih (individualnih) razlika koje figuriraju među samim pojedincima, jer je svaki pojedinac, ustvari, „*priča za sebe*“. Zbog toga, pojedini naučnici i istraživači se zalažu za „*samodefinisanje* kao osnovni kriterij određivanja nekog kao stare osobe. Po njima, stara osoba je ona koja sebe ocenjuje kao staru, a starost se ogleda i definiše kroz stanje duha i tela. Dakle, ukoliko je neko fizički zdrav i vitalnog duha i sa 65 godina i oseća se kao 'mladić', ni mi ga nećemo smatrati starim.“⁸

Budući da je starenje pojedinca veoma složen i višedimenzionalan proces, gerontologija mora permanentno nuditi nova naučna i druga saznanja kako bi se što efikasnije i racionalnije mogla rješavati egzistencijalna pitanja i životni problemi, kao nezavisni dijelovi savremenog društvenog rada i izazito promjenljivog okruženja.⁹

3. IZAZOVI I TEŠKOĆE ODREĐENJA POČETKA STARENJA

Do sada su na ovu temu provedena brojna naučna, ali i nenaučna istraživanja i ispitivanja javnog mnijenja¹⁰ o tome kada počinje starost. Ono što je zajedničko za sva ta istraživanja jeste to da mladi i stari, muškarci i žene, imaju različita viđenja i različite percepcije starosnih granica. Tako primjerice, prema istraživanju britanskog Odjeljenja za plate i mirovine iz 2011. godine, Britanci u prosjeku smatraju kako „starost počinje u 59. godini, a mladost se završava u 41. godini. Ljudi sa preko 80 godina, imaju malo drugačiju sliku. Naime, prema njihovom mišljenju starost počinje u 68. godini, a mladost se završava sa 52. godinom.“¹¹

Jedno od istraživanja usmjereno na pokušaj određenja početka starosti provela je i Slavica Komatina, sa Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu. Prema rezultatima vlastitih istraživanja, došla je do zaključka kako su „same definicije pojedinih životnih doba relativne i da one zavise u prvom redu od stavova ispitanika prema starosti i od same starosti ispitanika, odnosno od ličnog iskustva starenja.“¹² Temeljem provedenih istraživanja, zaključuje kako „određenje početka starenja varira – što su ispitanici stariji, smatraju da starost počinje kasnije; mladi ljudi često navode 40 godina, a stariji 60. Sama starosna granica koju prelazimo kada postajemo 'stari' određuje se negde između 70 i 80 godina.“¹³ Imajući u vidu teškoće pri određivanju početka starenja, ovom prilikom ćemo navesti neke naučnike koji su se bavili tom problematikom. Tako „britanski psiholog Bromley smatra da starost počinje sa 70 godina, a američki psiholog Birren vidi tu granicu u 75. godini. Ta granica je različita ne samo u različitim kulturama, nego se ona pomera i u istorijskoj perspektivi. Pomeranje je nužno zbog produženja ljudskog veka.“¹⁴

⁸ Škundrić, Saša (2006). *Starenje i starost*, u „Kućna nega i pomoć u kući starijim osobama – Priručnik za volontere“, str. 2.

⁹ Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o., str. 37.

¹⁰ „Javno mnijenje (eng. Public Opinion; franc. l'opinion publique; njem. Öffentliche Meinung; tal. opinione pubblica) je mišljenje pripadnika pojedinih ili više društvenih grupa o tome kako treba riješiti (problematična) pitanja bitna za grupu kao cjelinu ili je u pitanju opći interes čitave zajednice... Javno mnijenje karakteriše to da izraženo (zajedničko) mišljenje nije mišljenje pojedinih uskih ili privilegovanih grupa, već mišljenje većine pripadnika dotične grupe“ (Nuhanović, Asad (2005). *Fenomen javnosti*. Sarajevo: Promocult, str. 9.).

¹¹ http://www.b92.net/zivot/novodoba.php?yyyy=2012&mm=01&dd=13&nav_id=573565

¹² Komatina, Slavica (2003). *Dominantne predstave o starosti*, u „Stanovništvo“, broj 1-4, str. 147-160.

¹³ Ibid, str. 147-160.

¹⁴ Kovač, Seka (2010). *Na životnim raskrsnicama: predstave Beograđana o svojoj starosti*, u „Etnoantropološki problemi“, God. 5, broj 3, 57-74.

Dakle, ono na što se pri određivanju početka starosti posebno treba obratiti pažnju jeste činjenica kako u današnje vrijeme ljudi žive duže, rade duže i, samim time, daju veći doprinos, te, stoga, percepcija godina mora pratiti permanentan porast životnog vijeka. Upravo ovo produženje ljudskog životnog vijeka stalno nameće potrebu daljnjih naučnih istraživanja osoba koje se nelaze u trećoj životnoj dobi.¹⁵

Vera Smiljanić starima smatra „osobe od 70 godina naviše, pošto su to, u vreme kada je ona istraživala, bile godine srednjeg trajanja života kod nas.“¹⁶

Kada su u pitanju neka uvriježena (legitimirana), verificirana i univerzalna mjerila prema nekim svjetskim standardima, onda je važno naglasiti kako se prema definiciji i klasificiranju Ujedinjenih nacija dobná granica od 65 godina uzima kao početak starenja. Nadalje, prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), starost se dijeli u tri razdoblja:¹⁷

- raniju starost: 65-74 godine;
- srednju starost: 75-84 godine;
- duboku starost: od 85 i više godina.

Jasno je da problematika određenja početka starenja još uvijek zaokuplja veliku pažnju naučnika i istraživača, pa i svih drugih koji se interesuju za ovu tematiku. Naime, „vidljive promene se javljaju oko četrdesete godine, dok se smatra da starost počinje u 65. godini života.“¹⁸ Ono što je aktuelno univerzalno prihvatljivo od strane svjetskih organizacija, nikako nije odraz stvarnog stanja u svakoj pojedinoj državi, kao niti odraz svijesti svake pojedine osobe o tome kada počinje starost. Uz to, ni starost koja se određuje prema kalendarskim godinama nije istovjetna sa biološkom starosti.¹⁹

Zbog navedenih poteškoća prilikom određenja početka starosti, još uvijek će ostati dominantna subjektivna shvatanja početka starosti. To je jednostavno iz razloga što je starenje dinamičan proces koji će i u budućnosti sam po sebi nametati neke nove granice i kriterije u razumijevanju i analiziranju starosti i starenja.

4. POJMOVI KOJI SE ODOSE NA DUŽINU ŽIVOTA – KATEGORIJALNO POJMOVNI SISTEM

Životni vijek određuje, primarno, genetska konstrukcija svake osobe pojedinačno. Stoga se u nauci i praksi, govori o pojmu prirodne dužine života.

Prirodna dužina života se, u užem smislu, definiše temeljem dvije veličine, i to: srednja (očekivana) dužina života i maksimalno trajanje života. Srednja (očekivana) dužina života je „statistički srednja veličina izračunata na osnovu tabele umiranja, koja pokazuje kolika je bila prosečna dužina života umrlih... Maksimalno trajanje života pokazuje maksimalnu starost koju dosegnu neke zajednice, tj. maksimalno odstupanje nagore u odnosu na srednju vrednost.“²⁰

Brojni su pojmovi i termini koji se vežu za dužinu života i kojima se detaljnije i sistematičnije približavaju naučna i druga saznanja o dužini života.

U osnovne pojmove koji se odnose na dužinu života, ubrajaju se sljedeći pojmovi:

- *Prosječni životni vijek* – aritmetička sredina dužine života članova neke populacije ili grupe ljudi;
- *Individualni životni vijek* – dob koju neki pojedinac (individua) doživi;

¹⁵ Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o., str. 48.

¹⁶ Kovač, Seka (2010). *Na životnim raskrsnicama: predstave Beograđana o svojoj starosti*, u „Etnoantropološki problemi“, God. 5, broj 3, 57-74, prema: Smiljanić, Vera (1987). *Psihologija starenja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavne sredstva, str. 17-18.

¹⁷ <http://pomocukuci-mz.eu/strucni-clanci/starenje-i-starost/> (Pripremila: Vlatka Vincetić).

¹⁸ Bašić, Nada i Olivera Pljevaljčić (prir.) (2009). *Vodič za negovatelje obolelih od Alzheimerove bolesti*. Sremska Kamenica: Udruženje građana „Alchajmer“, str. 6.

¹⁹ Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o., str. 49.

²⁰ Sumrak, Dejan (2010). *Opšta gerontologija: antropologija starosti*. Beograd: Socijalna misao, str. 24-25.

- *Maksimalni životni vijek* – pojedinci (individue) koji su najduže živjeli u nekoj populaciji;
- *Očekivana dužina života*²¹ – broj godina koje neka osoba rođena određene godine može očekivati da će doživjeti (traje od vremena rođenja neke dobne skupine do tačke u vremenu u kojoj umire 50% članova posmatrane dobne skupine). Očekivana dužina života gotovo uvijek je veća u ekonomski razvijenim državama.

Ovi pojmovi su osnova kategorijalno-pojmovnog i terminološkog sistema koji se koristi u nauci i praksi prilikom elaboracija i analiza vezanih za stanovništvo i kretanje stanovništva. Tako, prema Antoniju Gidensu (*Anthony Giddens*)²², maksimalni životni vijek, „koji je određen njegovim genima, s čime se u principu slažu svi biolozi, iznosi oko 120 godina, s tim da je ljudsko tijelo kao i tijelo drugih živih bića genetski programirano na umiranje, odnosno smrt.“ Opšteprihvaćeno je mišljenje kako osobe čiji su roditelji živjeli duže imaju veće izgleda i šanse za duži život (starost), od onih osoba čiji su roditelji umrli ranije. Definitivno najviše iznenađuje nalaz da ljudi sa raznolikim socijalnim mrežama stvarno žive duže, a što je, u osnovi, uslovljeno promjenama i u ponašanju i u biologiji.²³

Temeljem navedenih osnovnih pojmova i njihova korištenja u naučno-istraživačkoj praksi gerontologije, izrađuju se prognoze²⁴ koje se koriste u statističkim analizama. Relevantna su i prognostička istraživanja u naučnim disciplinama koje se direktno ili indirektno bave pitanjima stanovništva i starenja stanovništva. Isto tako, navedeni pojmovi su preduslov određenja tipova starosnih struktura. Osnovni tipovi tih starosnih struktura su:²⁵

- progresivan ili ekspanzivni tip,
- stacionarni ili stagnantni tip i
- regresivni ili kontraktivni tip.

Bez ovog osnovnog (kategorijalnog i terminološkog) sistema, ne bi bilo moguće vršiti niti naučna istraživanja, niti ozbiljnije projekcije i prognostička istraživanja, a koja su izuzetno značajna za društvena i druga kretanja u današnjem životnom okruženju.

²¹ „Očekivana životna dob, kako se koristi u vitalnoj statistici, dob je u kojoj se za polovicu generacije rođene u godini obavljanja statistike očekuje da će umrijeti. Primjerice, očekivana životna dob za dijete rođeno u SAD u 1983. godini bila je nešto ispod 75 godina“ (Warner, K. Shaie i Sherry L. Willis (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap, str. 396).

²² Giddens, Anthony (2003). *Sociologija*. Beograd: Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, str. 178.

²³ „Liječnica Lisa Berkman, danas pročelnica Odjela za zdravstvo i društveno ponašanje na Harvardskoj školi za javno zdravstvo, shematiizirala je društvene mreže, životne stilove i zdravstveno ponašanje u sedam tisuća stanovnika okruga Alameda u Kaliforniji te ih pratila idućih devet godina. Otkrila je da su izolirani ljudi imali tri puta veću vjerojatnost umiranja tijekom tih devet godina u usporedbi s dobro povezanim ljudima. Njezin kolega, liječnik Edward Hallowell, primjetio je da društvene veze potiču dugovječnost bez obzira na životnu dob te da imaju znatne učinke čak i pored nezdravih navika, kao što su pušenje i pretilost. Istraživanje i nalazi Berkmanove već su potvrđeni više od desetak puta u Sjedinjenim Državama i diljem svijeta.“ (Prema Baker, Wayne (2003). *Socijalnim kapitalom do uspjeha: kako crpiti skrivene resurse iz svojih osobnih i poslovnih mreža*. Zagreb: MaTe, str. 18; Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o.).

²⁴ Više o značaju i važnosti prognostičkih istraživanja u društvenim naukama i razvoju savremenog društva u: Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka; Termiz, Dževad (2016). *Uloga naučnog predviđanja u metodologiji bezbjednosnih nauka*, u: Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 305-310; Kuka, Ermin i Jasmina Zagorica (2016). *Konzervativizam futurologije i prognostike*, u: Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 403-408.

²⁵ Sumrak, Dejan (2010). *Opšta gerontologija: antropologija starosti*. Beograd: Socijalna misao, str. 24-25.

5. PRIMJENA SAZNANJA DRUGIH NAUKA I NAUČNIH DISCIPLINA U GERONTOLOŠKOJ NAUCI I PRAKSI

Saznanja i spoznaje gerontologije kao naučne discipline i praktične djelatnosti neupitno su vezana, a često izvedena iz drugih srodnih nauka i naučnih disciplina. To znači, kao što je već ranije navedeno, da se radi o multidisciplinarnoj naučnoj disciplini, koja metodološka i druga naučna saznanja crpi iz drugih nauka i naučnih disciplina, s tim da ima konstituisan i vlastiti predmet i metod naučnog istraživanja.

Predavanja i vježbe iz gerontologije, socijalnog rada, psihologije i komunikologije nude temeljna znanja pomoću kojih se iznalaze rješenja i načini kako pristupiti starijim osobama u svakodnevnim situacijama. Primjerice, kako rješavati pritužbe na obostrano zadovoljstvo i starijih osoba, ali i samih gerontologa i ostalog pratećeg osoblja. Kako se nositi sa pritiscima tima, i zahtjevima starijih osoba koji mogu preći granice izvedivog. I kako u svemu sačuvati zdrav razum, te voljeti svoj posao i svakodnevno s entuzijazmom i energijom pristupati zadacima.²⁶

Razvoj standarda izvrsnosti usluge, zahtijeva okupljanje stručnjaka iz gerontologije, medicine, psihologije, socijalnog rada, komunikologije, te drugih relevantnih faktora iz javnog sektora zaslužnih za vrhunsku kvalitetu. To su, prije svega, osobe koje imaju direktan kontakt i dugogodišnje iskustvo u radu sa starijim osobama. Zatim, trebalo bi uključiti stručnjake, specijaliste iz područja sistema kvaliteta s iskustvom uvođenja sistema kvaliteta, koji mogu objektivno procijeniti kriterije novog standarda u odnosu na slične standarde u svijetu. Idealan tim bi se mogao ojačati nizom stručnjaka specijalizovanih za kvalitet socijalnih usluga. Timu bi svakako trebalo pridružiti vrhunske gerontologe, socijalne radnike, medicinske stručnjake, psihologe, komunikologe, čiji programi edukacije i treninga već u biti pokrivaju dio kriterija kvaliteta nužnog za izradu standarda izvrsnosti socijalnih usluga.²⁷ Primjerice, cilj primjene saznanja i spoznaja iz psihologije, posebno socijalne psihologije²⁸ je dati gerontolozima jednu novu osobnost koja im pomaže da krizi pristupaju kao izazovu. Vrhunska usluga sastoji se od sposobnosti rješavanja niza složenih situacija – a za mnoge od tih situacija postoje u modernoj primijenjenoj psihologiji već gotova rješenja.

Međunarodna iskustva pokazuju da kontinuirana edukacija stručnjaka i njihovo permanentno profesionalno osposobljavanje iz područja gerontologije ima svoje specifičnosti upravo zbog populacije s kojom stručnjaci rade, a to su starije osobe. Gerontolozi su u svakodnevnom kontaktu sa specifičnim problemima i potrebama starijih osoba. Kao poteškoće u radu sa starijim osobama mogu se javiti nedovoljna edukovanost za specifičnu i raznovrsnu problematiku starijih osoba, neadekvatni uslovi rada, loša saradnja s porodicom i/ili rodbinom korisnika. Uz navedene rizike koji dolaze s preuzimanjem danog zaposlenja, profesionalci se brinu i za vlastite životne probleme koji katkad mogu biti vrlo bliski onima s kojima se susreću i njihovi korisnici. Osim prirode, odnosno naravi socijalnog rada sa starijim osobama, izvori stresa kod gerontologa mogu biti i različiti aspekti odnosa s korisnicima, preopterećenost, odnosi sa saradnicima, te mogućnosti same organizacije. Stoga je značajno u radu sa starijim osobama primjenjivati i druga teorijska i praktična saznanja drugih srodnih nauka i naučnih disciplina, s ciljem prevazilaženja brojnih izraženih problema u naučnom istraživanju gerontologije, ali i konkretnom (praktičnom) radu sa starijim osobama.

²⁶ Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o., str. 240.

²⁷ Ibid, str. 241.

²⁸ Termiz, Dževad (2013). *Osnovi metodologije socijalne psihologije*. Sarajevo: Amos graf.

6. ZAKLJUČNO RAZMATRANJE

Naučna istraživanja, kako teorijska, tako i empirijska, u okviru gerontologije u današnjem vremenu dobivaju sve više na značaju. Širok spektar problema s kojima se gerontologija susreće, nameće potrebu serioznih i konciznih naučnih istraživanja i traganja za naučnim odgovorima na te i takve probleme. Specifičnost gerontologije je u tome što su problemi kojima se ona bavi usmjereni i vezani isključivo za pojedinca ili eventualno za grupe koje imaju ista ili slična obilježja. Upravo zbog toga, javljaju se i teorijski i metodološki problemi i izazovi istraživanja gerontologije. Niz je tih problema, a u ovom istraživanju fokus je bio na probleme definicije i definisanja starenja, kao i metodološke i istraživačke izazove i teškoće koje se tiču preciznog određenje početka starenja. Ova dva problema nadalje su usko vezana za probleme preciznog određenja kategorijalno-pojmovnog i terminološkog sistema, kao osnova za pristup istraživanju u okviru gerontologije. Na koncu, problemi se javljaju i u jasnom i preciznom diferenciranju, ali i utvrđivanju povezanosti gerontologije sa drugim naukama i naučnim disciplinama. Pokazalo se da naučnici i istraživači gerontologije trebaju u svojim istraživanjima primjenjivati i pozivati se na verificirane naučne rezultate drugih srodnih ili sličnih nauka i naučnih disciplina, kako bi efikasno prevazišli teorijsko-metodološke probleme i izazove teorijskog i empirijskog istraživanja gerontologije. I to ne samo u naučnim istraživanjima gerontologije, već i u njihovoj primjeni u gerontološkoj praksi.

Izvori i literatura:

1. Baker, Wayne (2003). *Socijalnim kapitalom do uspjeha: kako crpsti skrivene resurse iz svojih osobnih i poslovnih mreža*. Zagreb: MaTe.
2. Bašić, Nada i Olivera Pljevaljčić (prir.) (2009). *Vodič za negovatelje obolelih od Alzheimerove bolesti*. Sremska Kamenica: Udruženje građana "Alchajmer".
3. Giddens, Anthony (2003). *Sociologija*. Beograd: Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu.
4. Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Osnove socijalne gerontologije*. Sarajevo: KELI d.o.o.
5. Jašarević, Faruk i Ermin Kuka (2016). *Fenomen aktivnog starenja u procesu kreiranja javnih politika u Bosni i Hercegovini*, u „DTI-Društvena i tehnička istraživanja“, God. II, br. 1, str. 78-86.
6. Komatina, Slavica (2003). *Dominantne predstave o starosti*, u „Stanovništvo“, broj 1-4, str. 147-160.
7. Kovač, Seka (2010). *Na životnim raskrsnicama: predstave Beograđana o svojoj starosti*, u „Etnoantropološki problemi“, God. 5, broj 3, 57-74.
8. Kuka, Ermin i Jasmina Zagorica (2016). *Konzervativizam futurologije i prognostike*, u: Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 403-408.
9. Nuhanović, Asad (2005). *Fenomen javnosti*. Sarajevo: Promocult.
10. Smiljanić, Vera (1987). *Psihologija starenja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavne sredstva.
11. Sumrak, Dejan (2010). *Opšta gerontologija: antropologija starosti*. Beograd: Socijalna misao.
12. Škundrić, Saša (2006). *Starenje i starost*, u „Kućna nega i pomoć u kući starijim osobama – Priručnik za volontere“, str. 1.
13. Termiz, Dževad (2013). *Osnovi metodologije socijalne psihologije*. Sarajevo: Amos graf.
14. Termiz, Dževad (2013). *Kritika teorije*. Sarajevo: Amog graf.
15. Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka.
16. Termiz, Dževad (2016). *Uloga naučnog predviđanja u metodologiji bezbjednosnih nauka*, u: Termiz, Dževad i Uroš Šuvaković (ur.) (2016). *Nauka i budućnost*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 305-310.
17. Termiz, Dževad (2016). *Problemi meta metodologije*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu.
18. Termiz, Dževad et al. (2021). *Methodological issues of scientific-theoretical research*, u: Danilović, Nedo i Dragan Tančić (ur.) (2021). *Primenjena istraživanja – međunarodni tematski zbornik*. Beograd: Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka, str. 47-58.
19. Termiz, Dževad (2025). *Metodologija društvenih nauka – četvrto izdanje*. Sarajevo/Beograd: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu/Međunarodno udruženje metodologa društvenih nauka.
20. Warner, K. Shaie i Sherry L. Willis (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
21. http://www.b92.net/zivot/novodoba.php?yyyy=2012&mm=01&dd=13&nav_id=573565
22. <http://pomocukuci-mz.eu/strucni-clanci/starenje-i-starost/> (Pripremila: Vlatka Vincetić).

IMPLIKACIJE STARENJA

Sažetak

Mnogi stručnjaci i teoretičari (demografi, sociolozi, socijalni radnici, pravnici, doktori i dr.) često prave distinkciju između „mlađih starijih osoba“ u dobi od 60 do 75 godina koje karakterizira relativna samostalnost, aktivnost i dobro zdravlje i „starijih starijih osoba“ u dobi od 75 do 80 i više godina koje karakteriziraju povećana ovisnost i razne kognitivne i fizičke teškoće (Laslett, 1989). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) naglašava da je starenje stanovništva proces koji postavlja izazove, ali također pruža mogućnosti za društveni razvoj. Naglim povećanjem udjela starije populacije direktno se povećava potražnja za uslugama primarne zdravstvene zaštite i dugoročne pomoći i njege, većom i bolje osposobljenom radnom snagom koja će pružati te usluge i otvara se prostor za aktivan doprinos starije populacije razvoju zajednice.

Prava starijih osoba su regulirana raznim međunarodnim i domaćim propisima. Uz Konvenciju o ljudskim pravima, Evropsku konvenciju o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda, BiH je potpisala rezoluciju UN-a 46/91 u kojoj su definirani principi zaštite ljudskih prava starijih osoba koja omogućavaju kvalitetan život u starijoj dobi i koja obuhvataju: neovisnost, društveno učešće, njegu, samoispunjenje i dostojanstvo.

Domaći zakonski okvir čine Ustav BiH, Zakon o zabrani diskriminacije kojim su zabranjeni svi oblici diskriminacije na osnovu starenja, kao i posebni zakoni u kojima su definirani razni oblici socijalne i zdravstvene zaštite na nivou entiteta.

Ključne riječi: starenje, implikacije, starije osobe, aktivno starenje, njega, socijalna zaštita.

IMPLICATIONS OF AGING

Summary

Many experts and theorists (demographers, sociologists, social workers, lawyers, doctors, etc.) often make a distinction between "younger seniors" aged 60 to 75, who are characterized by relative independence, activity and good health, and "older seniors". at the age of 75 to 80 and over, characterized by increased dependence and various cognitive and physical difficulties (Laslett, 1989). The World Health Organization (WHO) emphasizes that population aging is a process that poses challenges, but also provides opportunities for social development. The sudden increase in the share of the elderly population directly increases the demand for primary health care services and long-term help and care, with a larger and better trained workforce that will provide these services and opens up space for the active contribution of the elderly population to the development of the community.

The rights of the elderly are regulated by various international and domestic regulations. Along with the Convention on Human Rights, the European Convention on the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Bosnia and Herzegovina signed UN Resolution 46/91,

¹ Red.prof. Evropski univerzitet „Kallos“Tuzla, Evropski univerzitet Brčko Distrikt.

² Evropski univerzitet Brčko Distrikt, Doktorand, Fakultet političkih nauka.

³ Evropski univerzitet „Kallos“Tuzla, Doktorand, Fakultet političkih nauka

which defined the principles of protecting the human rights of the elderly, which enable a quality life in old age and which include: independence, social participation, care, self-fulfillment and dignity.

The domestic legal framework consists of the Constitution of BiH, the Law on Prohibition of Discrimination, which prohibits all forms of discrimination based on aging, as well as special laws defining various forms of social and health protection at the entity level.

Key words: aging, implications, elderly people, active aging, care, social protection.

1. UVOD

Kontinuiran porast udjela starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji za društvo može predstavljati izazove i mogućnosti, posebno što, s jedne strane, starije stanovništvo može povećati pritisak na javni budžet i penzioni sistem kao i na sistem socijalne i zdravstvene zaštite, a s druge strane, dob je društveno konotirana: starost se još uvijek dominantno povezuje s bolešću i ovisnošću, a starije osobe mogu se osjećati isključenima iz rada/zapošljavanja ali i iz porodičnog i društvenog života. Ovakav odnos neizbježno proizvodi (ne)opravdan strah, što bi moglo rezultirati međugeneracijskim tenzijama.

Europska komisija smatra da je jedini pozitivan odgovor na demografsko starenje upravo aktivno starenje. Prema njima aktivno starenje uključuje:

- 1) Podržavanje mjera za što dulji ostanak starijih osoba na tržištu rada
- 2) Poticanje socijalne inkluzije starijih sugrađana koji mogu i žele dati značajan doprinos društvu u kojem žive
- 3) Stvaranje poticajnih uvjeta za aktivno starenje i cjeloživotni pristup uz istovremen razvoj izvaninstitucionalnih socijalnih usluga koje će im omogućiti što dulji samostalan i nezavisan život u vlastitom domu

U realizaciji programa aktivnog starenja iznimno važnu ulogu ima zdravstveni sistem koji bi trebao značajne resurse uložiti u preventivne programe: promocije zdravlja, prevencije bolesti, ravnopravnom pristupu primarnoj zdravstvenoj zaštiti i dugotrajnoj skrbi i njezi.

2. AKTIVNO STARENJE

Starenje je prirodan proces u životu čovjeka koji je definiran različitim fizičkim te psihosocijalnim faktorima. Čovjekov fizički te psihosocijalni razvoj razvija se do određene razine nakon koje počinje njegovo postepeno opadanje⁴. U novije doba često se koristi pojam „uspješnog starenja“, i definira se kao sposobnost očuvanja ili daljnjeg razvoja potencijala i aktivnosti i u starijoj životnoj dobi. Što može da znači da se poanta stavlja na činjenicu da starije osobe mogu biti izuzetno socijalno i društveno aktivne i tako znatno donose dobrobiti svoje zajednice. Jedan od najpoznatijih teorijskih pristupa vezanih za uspješno i aktivno starenje je takozvani Roweov i Kahnov model uspješnog starenja. Prema navedenom modelu, za uspješno starenje potrebna su tri činioca: odsustvo ograničavajuće bolesti, održavanje fizičkog i mentalnog funkcioniranja na visokoj zadovoljavajućoj razini te aktivna uključenost u život⁵ Tucak Junaković i Nekić, 2016.).

⁴ Maček i dr., 2016.str.148.

⁵ Nav. prema Tucak Junaković i Nekić, 2016, Percepcija uspješnog starenja u starijih osoba, str.171-178.

Pojam “aktivno starenje“, je sljedbenik termina “zdravo starenje“, usvojen je kasnih 1990-ih godina unutar Svjetske zdravstvene organizacije⁶ (2002 koja aktivno starenje definiše kao “proces optimizacije mogućnosti za zdravlje, participaciju i sigurnost kako bi se pojačao kvalitet života kako ljudi stare“. Ovim određenjem aktivnog starenja zapravo se prepoznaju faktori koji, pored zdravlja i društvene brige, pogađaju i individue i populaciju koja stari. Time se istovremeno naglašava da starije osobe ostaju aktivni članovi društva koji doprinose svojim porodicama, vršnjacima, zajednicama, državama. Dakle, koncept aktivnog starenja naglasak se stavlja na proširenje zdravog, očekivanog života, iskorištavanje mogućnosti za zdravlje i kvalitete života za sve ljude kako stare. Osnovni cilj kako za same pojedince tako i za donositelje politike jeste zadržavanje autonomije i nezavisnosti kako bi se poboljšao kvalitet života u procesu starenja koji se odvija u kontekstu s drugima, npr. prijateljima, kolegama, susjedima, članovima porodice. Iz navedenih razloga međuovisnost i međugeneracijska solidarnost dobijaju na značaju: jučerašnje dijete je današnja odrasla osoba, a sutrašnja starija osoba.

Vrlo važna dimenzija koncepta aktivnog starenja jeste participacije, odnosno optimizacije aktivnosti povezanih sa zapošljavanjem, obrazovanjem, politikom, umjetnošću i religijom. Svrha ovih aktivnosti jeste povećanje plaćenog i neplaćenog produktivnog doprinosa koji starije osobe mogu pružiti društvu. Naredna je komponenta sigurnost, odnosi se na aktivnosti kojima se osigurava zaštita, dostojanstvo i briga o starijim osobama. Najvažniji kritičari koncepta aktivnog starenja su autori poput Holsteina i Minklera, Walkera i dr⁷. Upravo u narednim poglavljima ćemo obraditi osnovne komponente ili dimenzije koncepta aktivno starenje.

2.1. Nasilje nad starijim osobama kao komponenta starenja

Porodica se vrlo često identificira kao mjesto gdje se pruža bezuvjetna ljubav, toplina, mjesto sreće, sigurnosti i podrške⁸. Pojam porodično zlostavljanje formalno se započinje upotrebljavati 1881. godine kada se ustavom ograničava i oduzima pravo i sloboda životnog partnera da vrši nasilje nad suprugom i djecom. U sklopu porodičnog nasilja, historijski gledano, događale su se i okolnosti zlostavljanja vlastitih roditelja radi lakšeg i efikasnijeg stjecanja nasljednih prava i stjecanja imovine.

Starije osobe su mahom kompleksne grupe, često su predmetom nasilnih radnji o kojima se nedovoljno govori, piše i pridaje važnosti. Svjetska zdravstvena organizacija nasilje percipira kao individualan i opetovan postupak ili izostanak adekvatnog postupka koji se javlja kada postoji povjerenje te kada taj postupak uzrokuje štetu patnju, teškoću i traumu starijoj osobi⁹. U daljem tekstu ćemo ukratko napraviti pregled i vrstu nasilja nad starijim osobama

Fizičko nasilje, koje se definira kao svjesna primjena tjelesne snage koja uzrokuje fizičke traume, patnju i bol pri čemu mogu nastati ozljede koje ne moraju biti uočljive kao što su šamaranje, štipanje ili grubo ophođenje prema starijim osobama.¹⁰ Dakle, fizičko nasilje može se kretati od krajnje blagog udaranja do opasnih i bolnih povreda te do samoga pokušaja ubistva i ubistva.

Psihičko nasilje, ili emocionalno nasilje svodi se na konstantnu i neprekidnu prijetnju, vrijeđanje, ucjenjivanje i uznemiravanje, psovanje i podrugivanje te druge aspekte mentalne

⁶ Svjetska zdravstvena organizacija, (2002) str.12.

⁷ Navedeno prema Bašić, Miković str.72,

⁸ Zloковиć J. (2009), Nasilje djece nad roditeljima - Obiteljska tajna? Rijeka.

⁹ World Health Organization. Missing Voices, Views of older persons on elder abuse. Geneva, 2002.

¹⁰ Rusac S, Čizmin A. 2011. Nasilje nad starijim osobama u ustanovama. Medica Jadertina str. 51-58

brutalnosti i nečovječnosti. Psihičko nasilje može podrazumijevati i ignoriranje starije osobe kao individue i kao čovjeka kojega zlostavljač može zastrašivati i zbunjivati. Također, psihičko nasilje može se definirati i kao netjelesno zlostavljanje koje je kod žrtve nasilja uzrokovalo tegobu i narušen dignitet zlostavljane starije osobe.

Materijalno zlostavljanje često se smatra jednim od najzastupljenijih oblika zlostavljanja starijih osoba i samim time podrazumijeva velik društveni problem za ranjive starije osobe. Materijalno zlostavljanje pojavljuje se pod raznim pojmovima. Nešto što je redovno je da zlostavljač materijalnog nasilja oduzima imovinu starijoj osobi te ju prisvaja sebi u korist upotrebljavajući prinudne i nasilne metode. Svjetska zdravstvena organizacija je 2002. godine prepoznala materijalno nasilje kao nezakonito i neadekvatno korištenje materijalnih sredstava starijih osoba.¹¹ Materijalno nasilje može sadržavati: otuđivanje novca starije osobe i mjesečnog prihoda prodaja stambenog objekta bez pristanka starije osobe, iznuda raznih dozvola i punomoći, uzimanje više novca za potrepštine koje se nabavljaju starijoj osobi i sl.

Spolno nasilje i maltretiranje je direktna ili indirektna integriranost u spolnu aktivnost bez odobrenja starije osobe. Može uključivati i nepristojne, drske i sramotne stavove od strane zlostavljača te dodirivanje intimnih dijelova tijela mimo volje starije osobe.

Socijalno nasilje fokusira se na sve vrste nasilja koje su izvršile osobe koja imaju socijalni učinak. Socijalno nasilje zbiva se ako se starijoj osobi ograničavaju svakodnevne aktivnosti, ukoliko se pričaju neistine o starijoj osobi ili ako se prisiljavaju druge osobe da se sa starijom osobom ne druže. Socijalno nasilje zahvaća i zabranu kretanja, aktivnosti, ograničavanje socijalnih komunikacija. Suzbijanje negativnih rezultata povezanih s prisutnošću socijalnog nasilja iziskuje intervenciju cjelokupne zajednice fokusirane na jačanje pojedinca te obitelji.

2.2. Ekonomski status starije populacije

Zdravo i aktivno starenje znači mogućnost za stariju populaciju da ostane ekonomski aktivna nakon što navrší 65 godina života, što je dob odlaska u penziju. Međutim, vrlo je važno da produženi rad bude izbor za stariju populaciju, a ne potreba zbog nesigurnih ili malih penzija. Podaci iz ankete o radnoj snazi ukazuju da je mali broj osoba u dobi od 65 i više godina ostao u radnoj populaciji u 2018. godini. Stopa aktivnosti¹² te populacije u 2018. godini u BiH je iznosila 3,7%. Starija populacija u RS-u ima znatno veću stopu aktivnosti nego ista populacija u FBiH; 8,3% u odnosu na 2,2%,¹³ što je uglavnom posljedica visokog nivoa uključenosti u poljoprivredu u kojoj populacija ostaje duže aktivna. Stope aktivnosti se uglavnom podudaraju sa stopama zaposlenosti, što znači da gotovo nema osoba u dobi od 65 i više godina koje traže posao i koje se smatraju nezaposlenim. Stopa zaposlenosti je znatno veća u RS-u nego u FBiH i veća među muškarcima nego među ženama, što odražava veću aktivnost u poljoprivredi.

Stope zaposlenosti osoba u dobi od 65 i više godina prema spolu, 2016-2019

Spol	BiH				FBiH				RS			
	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.
Ukupno	3,7	5,1	4,6	6,8	1,6	2,4	2,1	3,1	6,8	9,1	8,3	12,5
Muški	6,8	6,8	6,0	8,7	2,5	3,3	2,9	4,4	9,6	11,9	10,4	14,8
Ženski	2,6	3,8	3,6	5,3	0,9	1,7	1,5	2,0	4,8	7,0	6,6	10,4

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2018. i 2019. Preuzeto 7.1.25.20,25.

¹¹ World Health Organization. Missing Voices, Views of older persons on elder abuse. Geneva, 2002.

¹² Udio zaposlenih i nezaposlenih osoba u populaciji u dobi od 15 i više godina

¹³ U Brčko distriktu nema takvih osoba. Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2018, Sarajevo,

U Prvom izvještaju za BiH o provođenju Madridskog međunarodnog akcionog plana o starenju ukazano je na visoke stope siromaštva starije populacije. Prema anketi i potrošnji domaćinstava iz 2015. godine¹⁴, stopa relativnog siromaštva u BiH za ukupno stanovništvo je iznosila 16,9% (FBiH 17,1%, RS 16,4% i Brčko distrikt 17,6%). U samačkim domaćinstvima čiji je nosilac u dobi od 65 ili više godina stopa relativnog siromaštva je iznosila 21,9%, a u svim domaćinstvima čiji je nosilac u dobi od 65 ili više godina 20,8%. Od svih ljudi koji žive ispod linije siromaštva, 15,3% su muškarci i 23,8% žene starije od 65 godina. Kao glavni izvor siromaštva među starijom populacijom prepoznati su nizak dohodak povezan sa relativno visokom nezaposlenošću prije odlaska u penziju i niska primanja.

Iako međunarodni standardi za zdravo starenje preporučuju neinstitucionalni pristup pružanju usluga brige i njege starijoj populaciji, sistem u BiH je još uvijek obilježen snažnim institucionalnim pristupom u kojem su starije osobe koje ne dobivaju adekvatnu podršku u porodičnom okruženju zbrinute u ustanovama¹⁵. U Sarajevu, Modriči, Šamcu-Domaljercu, Tuzli i Banja Luci su uspostavljeni centri za zdravo starenje u saradnji sa organima vlasti jedinica lokalne samouprave. U tim centrima se pružaju razne usluge osobama starije životne dobi, kao što su redovna fizička aktivnost, psihosocijalna podrška, društvene aktivnosti, itd. U studiji UNFPA¹⁶ o utjecaju centara za zdravo starenje istaknut je pozitivan učinak ove vrste podrške na blagostanje starije populacije. Rezultati procjene su pokazali bolje subjektivno zdravlje, zdraviju ishranu, viši nivo fizičke aktivnosti, veću socijalnu uključenost i zadovoljene socijalne potrebe korisnika centara nego što je to slučaj među osobama starije životne dobi koje ne koriste usluge centara (UNFPA, 2016). Isto istraživanje je pokazalo i zajedničku percepciju korisnika centara i osoba koje ne dolaze u centre da raspoložive usluge socijalne zaštite nisu dovoljne ni adekvatne za potrebe osoba starije životne dobi.

Podaci iz prijavljenih slučajeva nasilja ukazuju na povećanje nasilja nad starijim osobama. U toku 2014. godine je Federalnom ministarstvu unutrašnjih poslova FBiH prijavljeno 1.459 slučajeva nasilja nad starijim osobama u kojima su djeca i unuci bili najčešći počinitelji. Podaci su slični i za RS gdje su djeca bila počinitelji u 59,3% slučajeva nasilja nad osobama starijim od 65 godina. Najčešći oblik nasilja nad starijim osobama je ekonomsko nasilje i zanemarivanje¹⁷.

Prema Specijalnom izvještaju o stanju ljudskih prava starih osoba¹⁸, postoje mnoge praznine u osiguranju dobrobiti starije populacije. Najviše zabrinjavaju nedovoljan prihod za adekvatnu medicinsku njegu i potrebne lijekove i terapiju, neprilagođen prostor koji sadrži puno barijera za starije osobe koje im onemogućavaju mobilnost, nedostatak specijalističkih usluga zdravstvene zaštite u domovima za stare osobe, nedostatak specijalističkih usluga zaštite mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške starijoj populaciji, nedovoljan broj ustanova socijalne zaštite za zbrinjavanje starije populacije, vrlo ograničena raspoloživost usluga kućne njege i pomoći i usluga dnevne njege i pomoći.

¹⁴ Prema izvještaju „Žene i muškarci u BiH za 2017“ (BH Agencija za statistiku, 2018e),

¹⁵ UNFPA, 2016.

¹⁶ Isto

¹⁷ Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2017.

¹⁸ Institucija ombudsmena za ljudska prava BiH, 2017).

2.3. Participacija u zajednici i kvalitet života starijih osoba

Nizak prihod se odražava na kvalitetu života starije populacije koja je često primorana da se ponaša prilično štedljivo, lišavajući se zadovoljenja raznih potreba, od održavanja i namještanja životnog prostora do učešća u zajednici, putovanja i odlaska na društvene, kulturne i rekreativne događaje. Starije osobe koje žive same ili u domaćinstvu sa drugim starijim osobama suočene su sa većim deprivacijama, dok one koje žive sa mlađim članovima porodice i u domaćinstvima u kojima živi više užih porodica imaju nešto bolje uvjete¹⁹. Troškovi samačkog života starijih osoba ili njihovog života sa supružnikom su viši nego troškovi osoba koje žive u proširenim domaćinstvima. Starije osobe koje žive same u ruralnim sredinama češće se suočavaju sa ovim problemom.

Kao što je navedeno, starije osobe koje žive sa određenim invaliditetom ili smanjenom sposobnošću suočavaju se sa značajnim preprekama u svojoj sredini, posebno kada žive na višim spratovima u zgradama bez lifta, kada nemaju odgovarajući pristup stambenoj jedinici niti stambenom prostoru uređenom prema njihovim potrebama u situaciji smanjenje mobilnosti. One se suočavaju i sa problemima raspoloživosti i dostupnosti sredstava javnog prijevoza i korištenja javnog prostora²⁰.

U skladu sa Zakonom o uređenju prostora i građenju Republike Srpske²¹ donesen je Pravilnik o uslovima za planiranje i projektovanje objekata za nesmetano kretanje djece i osoba sa umanjnim tjelesnim sposobnostima²². Ovaj Pravilnik ne samo da se odnosi na starije osobe, nego propisuje i urbanističko tehničke uslove za planiranje javnog prostora, cesta i pješačkih staza, pristup zgradama, projektovanje stambenih i drugih objekata, kao i prostorije posebne namjene u takvim objektima, uklanjanje arhitektonskih barijera u postojećim zgradama, čime se omogućava nesmetano kretanje djece i osoba sa umanjnim tjelesnim sposobnostima.

U izvještaju o provođenju Madridskog međunarodnog akcionog plana o starenju procijenjeno je da nedostaju aktivnosti u mjesnim zajednicama koje bi podrazumijevale učešće starijih osoba. Stoga, njihovo znanje, vještine i kompetencije ostaju neiskorišteni i one postaju socijalno isključene i podložne osjećaju nezadovoljstva životom i depresivnim stanjima. Time se podriva ukupna kvaliteta života starijih osoba²³. UNFPA je u saradnji sa Federalnim ministarstvom rada i socijalne politike i Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske izradio nacrt entitetskih strategija o starenju. Strategija za unapređenje položaja starih u Republici Srpskoj usvojena u oktobru 2019. godine, dok se u FBiH još uvijek čeka na njeno usvajanje. Obje strategije su u potpunosti usklađene sa Madridskim međunarodnim akcionim planom o starenju i predstavljaju okvir za provođenje aktivnosti kojima će se pružiti društvena podrška starijim osobama, dok se istovremeno koriste sposobnosti starijih osoba za razvoj zajednice. Zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske izradio nacrt entitetskih strategija o starenju. Strategija za unapređenje položaja starih u Republici Srpskoj usvojena u oktobru 2019. godine, dok se u FBiH još uvijek čeka na njeno usvajanje. Obje strategije su u potpunosti usklađene sa Madridskim međunarodnim akcionim planom o starenju i predstavljaju okvir za provođenje aktivnosti kojima će se pružiti društvena podrška starijim osobama, dok se istovremeno koriste sposobnosti starijih osoba za razvoj zajednice.

¹⁹ Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2017.

²⁰ Isto

²¹ Službeni Glasnik RS“, br. 40/13

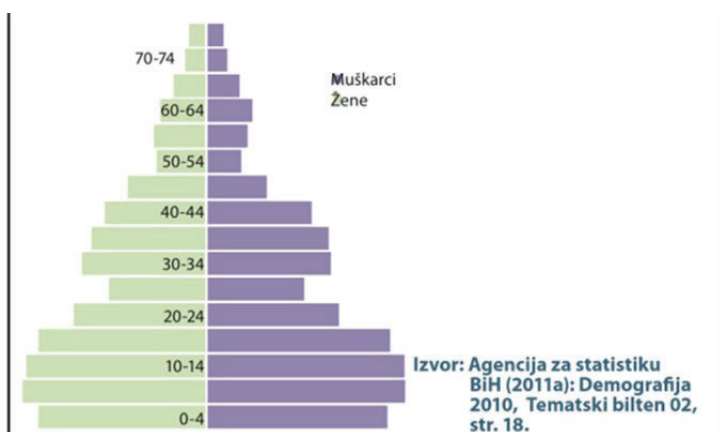
²² Službeni Glasnik RS“, br. 93/13

²³ Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, 2017.

3. DEMOGRAFSKI PROMJENE I TRENDOWI U BiH

Bosna i Hercegovina od prvog popisa, iz 1879. godine, prema kojem je brojala 1.158.440 stanovnika, uprkos ogromnim gubicima u dva svjetska rata, bilježi kontinuiran porast stanovništva, da bi prema rezultatima posljednjeg popisa, 1991. godine, taj broj dostigao cifru od 4.377.000 stanovnika.

Rezultati popisa stanovništva iz 1971, 1981. i 1991. godine ukazuju na blaga, ali vrlo stabilna pomjeranja u strukturi stanovništva prema starosti (i spolu). Tako je broj stanovnika starosne dobi 0-14 godina u konstantnom opadanju: 1971. osobe mlađe od 14 godina čine 34,3%, 1981. – 27,5%, a 1991. – 23,5% stanovništva. Nasuprot navedenom, kategorija radno sposobnog stanovništva bilježi kontinuiran rast: 1971. – 60,5%; 1981. – 66,2%, a 1991. – 67,7%. Udio starijeg stanovništva također je u blagom (str.73) porastu: osobe starije od 65 godina života 1971. čine 4,7%, 1981. – 6,1%, a 1991. – 6,5% ukupne populacije (Agencija za statistiku, 2011a: 17)



Grafikon 1. Populacijsko stablo stanovništva BiH 1971. Preuzeto iz Bašić, Miković str. 80.

Podaci iz 1991. godine su ujedno i posljednji pouzdani, službeni podaci o stanovništvu Bosne i Hercegovine, njegovom sastavu i kretanjima. Negativne tendencije očituju se na tri načina/u tri oblika: pad ukupnog broja stanovništva, negativan prirodni priraštaj i starenje stanovništva. Za potrebe rada ukazujemo na starenje stanovništva. Broj starijih osoba u ukupnom broju stanovnika u BiH je u kontinuiranom porastu. Prema podacima iz popisa stanovništva 1971–1991. godine, osobe starije od 65 godina života 1971. čine 4,7%, 1981. – 6,1%, a 1991. – 6,5% ukupne populacije. Da se BiH pridružuje društvima koja stare (preko 10% stanovništva starijeg od 65 godina) pokazuju i procjene relevantnih međunarodnih agencija po kojima se do 2015. godine u BiH očekuje 23,4% osoba starijih od 60 godina, 16,7% osoba starijih od 65 godina i 3,45% osoba starijih od 80 godina života (nav. prema: Miković, 2011:306)

U ovom kontekstu demografske promjene možda najznačajnije karakteriše demografsko starenje, čiji je proces uslovljen posebno stalnim porastom broja starijih i vrlo starih osoba. Ukoliko se uzme u obzir pad nataliteta i negativan prirodan priraštaj ispoljen u postratnom, tranzicijskom periodu, kao i stalno smanjene broja djece i mladih u odnosu na ukupan broj stanovnika, onda postaje vrlo jasno da ukupno stanovništvo BiH biva sve starije.

4. EKONOMSKO-SOCIJALNE POSLJEDICE STARENJA

Demografski razvoj često se dovodi u vezu s krizom finansiranja sistema socijalne sigurnosti i razvojnim trendovima tržišta rada. Stoga u BiH postoji i bojazan da će povećan broj starijih osoba dovesti do kolapsa sistema penzionog osiguranja i sistema zdravstvene zaštite. Naravno, nepobitno je i da demografsko starenje, odnosno društvo koje stari, ima dugoročne posljedice na sva područja društvenoga života. U cilju ublažavanja ili prevazilaženja stvarnih i projiciranih negativnih konsekvenci starenja stanovništva, koncept aktivnog starenja omogućava sagledavanje šansi za stvaranje društva oslobođenog ageizma, koje na jednak i nediskriminatoran način akomodira prava građana različitih starosnih dobi. Za oblasti socijalne politike područja od posebne važnosti jesu ona kojima se osigurava unutarporodična i intergeneracijska solidarnost. Tako, naprimjer, u domenu unutarporodične solidarnosti produžetak trajanja života najstarijih članova suočava porodičnu zajednicu ne samo s izazovima u promjeni porodične strukture i funkcija nego i s izazovima u promjeni porodičnih odnosa i neposredne, svakodnevne brige za najstarije članove. S druge strane, u oblasti međugeneracijske solidarnosti pitanja starenja i dohotka/penzijskog osiguranja, starenja i zdravlja, starenja i brige/skrbi, također, čine područja koja zahtijevaju naročitu pažnju. Ovdje je bitno ukazati i na činjenicu da je trenutni normativni i institucionalni okvir u BiH vrlo restriktivan kada je u pitanju starija. Osnovni izvori prava starijih osoba, sadržani u zakonima o penzijsko-invalidskom osiguranju, zakonima o socijalnoj zaštiti, zakonima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pravo na zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama), te vrlo limitirano u porodičnom zakonodavstvu, zapravo su rascjepkani u okviru entiteta, Distrikta i kantona, uz nepostojanje integrisane politike spram starijih osoba u čijem fokusu bi bilo osiguranje kvalitetnijeg života na ekonomskom, zdravstvenom, socijalnom, kulturnom nivou. Navedeno ima za posljedicu da se većina izazova s kojima se starije osobe susreću usmjeravaju ka sistemu socijalne zaštite, čime se ova populacija prezentira kao isključiva briga ovoga sistema. Prema tome, zaštita starijih osoba u BiH ostvaruje unutar nekoliko međusobno slabo povezanih i nedovoljno koordiniranih sistema, što otvara velike mogućnosti zanemarivanja prava starijih osoba.

Svemu pobrojanom treba dodati da BiH, shodno Madridskom međunarodnom planu o starenju iz 2002. godine, iako je to kao članica UN-a bila dužna, nije sve do danas usvojila strategiju (i akcioni plan) o starenju, čime je propuštena prilika da se sačini cjelovita analiza i razvije sveobuhvatna politika (zakonodavni i institucionalni okvir) spram starijih osoba, koja bi uključivala sve dimenzije društvenog života ove populacije.

4.1. Penzioni sistem i starenje

Evropski penzioni sistemi, premda različiti, sprečavali su da prijelaz iz profesionalnog angažmana u neaktivnu, penzionu dob istovremeno znači i prijelaz u životnu fazu obilježenu siromaštvom. Načelno, javni penzioni sistemi ispunjavaju tri važne funkcije: raspoređuju dohodak pojedinca tokom cijelog života, omogućuju pojedinačnu i nacionalnu štednju i pomažu u održanju socijalne kohezije²⁴. Pensiono osiguranje u BiH zaživjelo je za vrijeme Austro-Ugarske monarhije, na osnovama tradicionalne Bismarckove koncepcije penzionog osiguranja zasnovanog na radu i uplaćivanim doprinosima. U ratnom periodu, 1992–1995, ovaj cjeloviti okvir razbijen je na tri zasebne cjeline, a u postdejtonskom periodu zaživjela su dva penziona sistema na entitetskim nivoima koja karakteriše zaseban normativni i institucionalni okvir. Iako je od završetka rata penzioni sistem u Bosni i Hercegovini (riječ je zapravo o dva odvojena, entitetska sistema), kao sastavnica sistema socijalne sigurnosti, u nekoliko navrata podvrgnut reformi, induciranoj od različitih aktera iz

²⁴ Bašić 2004.

međunarodne zajednice, osnovne karakteristike ovoga sistema ostale su uglavnom nepromijenjene u odnosu na socijalistički period. U najkraćem, ove karakteristike bi se mogle svesti na javni i obavezni sistem²⁵, zasnovan na tekućem finansiranju i unaprijed određenim davanjima, koji pokriva rizik od starosti, invalidnosti i smrti osiguranika, obezbjeđujući na taj način tri tipa penzija: starosnu, invalidsku i porodičnu. Zadnjih dvadeset i više godina tranzicijske transformacije pokazale su sve slabosti sistema penzionog osiguranja, među kojima se posebno izdvajaju: finansijska (ne)održivost današnjeg penzionog sistema, ograničena obuhvatnost penzionim osiguranjem i (ne)adekvatnost nivoa penzija.

Finansijska (ne)održivost današnjeg penzionog sistema. Iako se do nedavno gotovo mantrično ponavljalo kako je postojeći penzioni sistem u oba entiteta, a posebno u FBiH, stabilan i održiv, postao je upitan tek u 2010. godini zbog snažnih posljedica svjetske ekonomske krize koja je izazvala pad proizvodnje i povećanje stope nezaposlenosti. Čini se da tek tada naučna i stručna javnost postaje svjesna da je trend zapravo negativan i da ukazuje na sistemске poteškoće. Pri tom dodatno zabrinjava i podatak da bi, prema projekcijama sadržanim u izrađenoj, ali neusvojenoj državnoj Strategiji socijalnog uključivanja iz 2010. godine, za funkcionisanje postojećih sistema odnos između zaposlenog i izdržavanog stanovništva trebao biti barem 1:2-3, za razliku od stvarnog stanja, gdje je u 2011. godini ovaj odnos iznosio 1,29.

Navedeno govori u prilog tezi da su penzioni sistemi u oba entiteta, usljed svoje unutrašnje sistemске neadekvatnosti, označeni: 1. odgađanjem stvarne reforme iz političkih razloga, 2. visokim stopama doprinosa koje guše privatni kapital i učvršćuju kulturu izbjegavanja plaćanja doprinosa, 3. neadekvatnim zakonskim rješenjima u pojedinim segmentima (npr. oslobađanje od plaćanja doprinosa za atipične oblike rada), 4. nepovoljnim vanjskim okruženjem (slaba ekonomska osnova, visoke stope nezaposlenosti i s tim povezan nepovoljan odnos između radno aktivnog i izdržavanog dijela stanovništva, rastuće sive ekonomije i demografske promjene, o kojima je naprijed bilo riječi), te da će vrlo brzo dostići granice izdržljivosti. U BiH je, prema dostupnim projekcijama/pokazateljima Agencija za statistiku, 2011:5), u 2009. godini bilo 621.101 osoba starije životne dobi, odnosno 65 i više godina starosti. S druge strane, usljed nepostojanja pouzdanih statističkih pokazatelja o stvarnom broju korisnika sistema penzionog osiguranja, procjene relevantnih agencija kreću se od 508.000 (UNDP, 2010), odnosno 530.000 (Strategija socijalnog uključivanja BiH, 2010), do 601.000 korisnika/penzionera (Direkcija za ekonomsko planiranje BiH, 2010), za period januar-septembar 2011. godine, uz opasku o povećanju broja za 2,8% u odnosu na isti period prethodne godine.

Unutar korisnika penzija, najzastupljeniju kategoriju čine korisnici starosne penzije. Prema podacima UNDP-a (2009), broj korisnika starosne penzije smanjen 80 je u periodu 2001–2004. godine kada je postotak starijih osoba koje su se izjasnile kao “pensioneri” opao sa 63% na 54%. Istovremeno, alarmantan je podatak da starosnu penziju uživa samo 30% onih čija je starosna dob iznad 65 godina života (Strategija socijalnog uključivanja, 2010). Drugi po brojnosti tip korisnika jesu korisnici invalidskih i porodičnih penzija. Ovima dvjema kategorijama treba dodati i ništa manje značajnu kategoriju demobilisanih boraca, koji su ostvarili pravo na vojnu penziju. Pobrojane tri kategorije korisnika, prema podacima UNDP-a iz 2009, čine gotovo 13% (2001), odnosno 17% (2004) od ukupnog broja stanovnika BiH, pri čemu je povećanje stope uzrokovano porastom korisnika porodične penzije.

U maju 2023. godine u Federaciji BiH je evidentirano 447.389 korisnika penzije, dok je omjer zaposlenih i pensionera u ovom entitetu trenutno 1,22 radnika na jednog pensionera. U republici Srpskoj situacija je još gora. Isplatom penzija za maj u Srpskoj su bila obuhvaćena

²⁵ Isto, str. 79.

ukupno 284.722 korisnika prava, od kojih 229.042 penziju prima u Republici Srpskoj, a njih 55.680 izvan RS. Istodobno, ukupan broj zaposlenih u Republici Srpskoj, u septembru 2023. godine iznosio je 290.745, što znači da je u Srpskoj, otprilike, broj penzionera i radnika izjednačen. S obzirom na ovakve proporcije, isplata penzija nije upitna samo zbog činjenice da su penzioni fondovi na budžetu, što osigurava da se penzionerima njihova primanja isplaćuju iz isplaćuju iz kase Federacije BiH, odnosno Republike Srpske.

Prema podacima Populacionog fonda Ujedinjenih nacija, UNFPA u BiH, pretpostavke su kako će do 2031. godine broj penzionera u BiH biti veći za 96.167.

(Ne)adekvatnost nivoa penzija neodvojiva je od kapaciteta i mogućnosti penzionog sistema, čija osnovna uloga, najjednostavnije rečeno, jeste da štiti korisnike od pada u siromaštvo u starosti, odnosno po prestanku radne aktivnosti. S tim u vezi, naprimjer, praksa evropskih zemalja jeste držanje penzionih naknada na nivou 66% prosječnog nacionalnog dohotka, čime se do skoro osiguravala dostojanstvena, od rizika siromaštva i socijalne isključenosti oslobođena starost.

Opisane tendencije nameću potrebu za promišljenom refleksijom budućnosti penzionih sistema u BiH. S obzirom na barem deklarativno strateško opredjeljenje BiH za priključenje EU, moguće je učiti iz iskustva evropskih zemalja, koje uočene s izazovima starenje stanovništva u posljednjih petnaest godina poduzimaju različite reforme kako bi se prilagodile ovom izazovu.

U kontekstu navedenog, iako se sistemi penzionog osiguranja drastično razlikuju, ove reforme moguće je podijeliti u četiri velike grupe:

1. ohrabrivanje većeg broja ljudi da rade više i duže: članice EU pokušale su povećati starosnu dob za odlazak u penziju, nagraditi one koji rade duže, a “kazniti” one koji se penzionišu ranije;
2. iskorak od jednostupnog ka multistupnom sistemu je drugi vidljivi trend. U većini, mada ne u svim, članica EU PAYG penzije unutar sistema penzionog osiguranja bit će manje u budućnosti. Ovaj trend bit će popraćen rastućom ulogom dodatnih, posebno privatnih, shema osiguranja u kojima će vrijednosti penzija biti manje predvidive, tzv. definirane kontribucije,
3. uspostava automatske prilagodbe u penzijskom sistemu je treći trend. Ovi samobalansirajući mehanizmi kreiraju veze između obaveza i prihoda, poput povezivanja kontribucija-beneficija ili dobi penzionisanja sa dugovječnošću, GDP-om ili razvojem na tržištu rada;
4. reforme koje ciljaju na adresiranje jaza adekvatnosti, olakšavanje pristupa penzijama vulnerabilnim grupama i povećanje finansijske podrške siromašnim penzionerima²⁶. Posebno pitanje unutar ovih reformskih procesa posvećeno je, u cilju jačanja socijalne kohezije, minimalnim penzijama, pokrivenošću penzionim osiguranjem tzv. atipičnih radnika i kreditiranju nekih nedobrovoljnih, dakle, prisilnih prekida u zapošljavanju.

4.2. Međuporodična i intergeneracijska solidarnost u brizi za starije

Porast broja starijih i vrlo starih osoba dovest će i do izraženije potrebe o svakodnevnoj skrbi o njima. U pravilu, brigu o starijim osobama unutar porodice u bh. društvu tradicionalno preuzimaju ženske članice domaćinstva ili porodice, supruge, kćerke, snahe. Na navedeni zaključak jasno upućuju statistički pokazatelji o neplaćenom radu u domaćinstvu prema

²⁶ Evropska komisija 2010.

spolu, gdje su u 2011. godini žene obavljale ovaj rad u 72,9%, a muškarci u 27,1% slučajeva²⁷, pri čemu najopterećeniju kategoriju čine žene u starosnoj grupi od 45 i više godina. Demografski trendovi u strukturi stanovništva imaju će posljedice i na ovu sferu: opadajući potencijal porodice stajat će nasuprot rastućoj potrebi za njegom.

Povećan udio stanovništva starijeg od 65 godina je fenomen koji, uz različite izazove unutarporodičnih odnosa i brige o starijim osobama, nameće i neke također značajne izazove u vezi sa međuporodičnom i intergeneracijskom solidarnost, gdje se, kao posebno važna, mogu izdvojiti dva sljedeća segmenta: 1) linija podjele između javne i privatne odgovornosti za brigu o starijim osobama i 2) efektivnost sistema javne brige o starijim osobama (npr. institucionalna ili vaninstitucionalna zaštita) i njegova dostupnost. Čak bi i površna analiza trenutačnog stanja u oblasti porodične politike u BiH, utemeljena na naprijed navedenim kriterijima, ukazala na iznenađujuće saznanje da međugeneracijski odnosi koji bi uključivali starije osobe nisu dio porodične politike, najvećim dijelom zbog toga što je trenutačna porodična politika u suštini fokusirana na dvogeneracijsku porodicu: roditelje i (ovisnu/izdržavanu) djecu²⁸. Djed i nana/baka uključeni su tek ukoliko su roditelji najmlađih članova porodice/djece odsutni. Drugim riječima, aktuelna porodična politika u BiH ne predviđa trogeneracijske ili višegeneracijske porodice, iako su ove porodice bile česte u predratnom periodu, a za pretpostaviti je da njihov broj i danas nije zanemarljiv. Istovremeno, u kontekstu socijalne politike, međugeneracijski odnosi postavljaju se samo kada je u pitanju podjela odgovornosti za brigu o starijim osobama između porodice i države. Ovdje se starije osobe najčešće portretiraju kao pasivni primatelji brige, a ne kao aktivni učesnici međugeneracijskih porodičnih praksi i odnosa koji mogu biti značajan izvor podrške, posebno za porodice s djecom. S druge strane, praksa potvrđuje da danas nije mali broj porodica u BiH gdje se mladi bračni parovi s djecom svakodnevno oslanjaju na roditeljsku pomoć, pomoć djeda ili nane/bake, u osiguranju dnevne brige za djecu. Ovaj vid brige o djeci je gotovo besplatan, fleksibilan, izuzetno siguran i pouzdan, s tim da postoje i drugi vidovi materijalne i nematerijalne podrške koju, sad već ostarjeli, roditelji osiguravaju svojoj odrasloj djeci i unucima. S obzirom da su ovi odnosi brige i podrške između generacija mnogo bogatiji i kompleksniji, relativnim se čini jednodimenzionalno gledište po kojem su starije osobe pasivni primatelji brige, tim prije što je trogeneracijska porodica povezana ne samo nematerijalnim, emotivnim nego i finansijskim davanjima te nasljeđivanjem na principu reciprociteta. Str.86

Druga značajna karakteristika ovakve politike prema starijim osobama jeste prešutna pretpostavka i tradicija, da je odgovornost porodice da brine o starijoj osobi. Briga o starijim osobama smatra se neplaćenim, neformalnim radom koji država podržava samo u ograničenom omjeru, s tim da je neplaćeni rad u porodičnoj sferi rodno obojen, tako da ženu u ulozi njegovateljice dovodi pred dvostruki teret/opterećenje. Istovremeno, politike pomirivanja privatnih i javnih obaveza ne prate ovo iskustvo, konstruirajući i perpetuirajući dominantan rodni obrazac u brizi za druge unutar porodičnog sistema.

²⁷ Agencija za statistiku BiH, 20011a: str.79,

²⁸ Bašić 2004, str. 86.

5. ZAKLJUČNA ZAPAZANJA

Bosna i Hercegovina se suočava sa starenjem stanovništva, a proces starenja je posebno snažan u Republici Srpskoj. Skoro je nemoguće je dobiti pravu i sveobuhvatnu sliku o stanju starije populacije. Ti pokazatelji su razučeni među brojnim ministarstvima, agencijama, zavodima i drugim institucijama, neki statistički podaci nisu u dovoljnoj mjeri razvrstani po socijalno-demografskim i drugim kriterijima, dok se određeni aspekti situacije ne prate redovno. U drugim slučajevima podaci nisu dovoljno precizni, kao što je često slučaj sa penzijama. Postoje mnoge oblasti koje se nikako ne prate kroz redovne statistike ili konkretna istraživanja, kao što su neispunjenje potrebe za zdravstvenom zaštitom, građansko učešće, materijalne deprivacije i subjektivno blagostanje, barijere mobilnosti, pristup raznim socijalnim uslugama, itd.

Na osnovu dostupnih podataka, slika o starenju u BiH nije svijetla. Starija populacija je ekonomski aktivna uglavnom u ruralnoj poljoprivrednoj ekonomiji, njihova ekonomska situacija, u prosjeku, nije povoljna zbog niskih penzija.

Iako uglavnom imaju besplatnu zdravstvenu zaštitu, pristup uslugama zdravstvene zaštite nije zadovoljavajući, posebno u ruralnim područjima, dok je pristup lijekovima i terapiji ograničen zbog niskog dohotka.

Starija populacija ima pravo na niz usluga socijalne zaštite i na nju otpada preko 40% ukupnih usluga socijalne zaštite. Starije žene koriste usluge socijalne zaštite češće nego stariji muškarci zbog dužeg očekivanog trajanja života, ali i zbog nedostatka usluga pomoći i brige od drugih.

Imajući na umu nepovoljne ekonomske uvjete, nedovoljno razvijeno dugoročno staranje te na osnovu oskudnih informacija i uvida u slabo društveno učešće starijih osoba, stječe se dojam da je kvaliteta života starijih osoba, u prosjeku, nezadovoljavajuća, dok politike, čiji je cilj unaprijediti njihovu situaciju, tek trebaju dati rezultate.

LITERATURA

1. Agencija za statistiku BiH (2011a): Demografija 2010, Tematski bilten br.2.
2. Agencija za statistiku BiH (2011b): BiH u brojevima.
3. Bašić S, Milanka M, (2019) Odabrane teme savremene socijalne politike i socijalnog rada, FPN Sarajevo
4. Bašić, M. (2004): Ekonomija javnog sektora, Sarajevo: Ekonomski fakultet.
5. Direkcija za ekonomsko planiranje (2010): Bilten, pristupljeno, 10. januar 2025.
6. EU komisija (2010): Social Agenda, Affording old age: the EU pensions debate, br.25.
7. Maček Z., Balagović I., Mandić M., Telebuh M., i Benko S. (2016). Fizička aktivnost u zdravom i aktivnom starenju. *Physiotherapia Croatica*, 14(1), 146-148.
8. Miković, M. (2011): Socijalni status, potrebe i briga o starijim osobama u BiH, *Godišnjak FPN*, 5 (6),303-314.
9. Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2017.
10. Laslett P,(1989) A fresh mape of life: Emergence of the Thirdage, Weidenfeld.
11. Rusac S, Čizmin A.(2011). Nasilje nad starijim osobama u ustanovama. *Medica Jadertina* str. 51-58
12. Službeni glasnik BiH, 59/09 i 66/16
13. Službeni Glasnik RS“, br. 40/13
14. Službeni Glasnik RS“, br. 93/13
15. Službene novine FBiH 30/97,70/08,...100/14. Zakon o zdr. osiguranju FBiH.
16. Službene novine FBiH, 13/18 Zakon o PIO/MIO FBiH,
17. Službene novine FBiH 36/99..60/23 Zakon o socijalnoj zaštiti FBiH.
18. Službene novine FBiH 46/ 10 i 75/13, Zakon o zdravstvenoj zaštiti
19. Svjetska zdravstvena organizacija (2002): Active Ageing. A Policy Framework, Geneve
20. Štambuk, A. (2003). Iskustvo starenja. Doprinos teoriji starenja. Prikaz slučaja. *Revija za socijalnu politiku*, 10(2), 235-237.
21. Tucak Junaković, I. i Nekić, M. (2016). Percepcija uspješnog starenja u starijih osoba. *Acta Iadertina*, 13(2), 171-187.
22. UNDP (2010): Penziona reforma i sistemi socijalne zaštite u BiH. UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (2006), [www.mhrs.gov. ba/pdf/Konvencija_bos.pdf](http://www.mhrs.gov.ba/pdf/Konvencija_bos.pdf)
23. UNFPA, 2016. Populacijski fond Ujedinjenih Naroda.
24. www.conventions.coe.int. preuzeto 7.1.25. u 21.00
25. Zloković J. (2009), Nasilje djece nad roditeljima - Obiteljska tajna? Rijeka.

CARE FOR THE ELDERLY IN GREECE

Rezime

Dugotrajna njega u starim društvima temeljito je istražena posljednjih godina kroz naučne discipline uz učešće više specijaliteta nauka. Od posebnog interesa je konceptualni okvir tematskog polja za etičku, bioetičku, socio-političku filozofiju i dugotrajnu brigu o starima. Predlaže se nova kategorizacija nivoa potreba za njegom, jer se pojavio nedostatak jedinstvenog pristupa na evropskom nivou i napravljena je komparativna analiza gdje Grčka trenutno ima najveći postotak stanovništva starosti „65+“ od svih ostalih članica EU. Vrijednost, mudrost i dinamika starosti još uvijek nisu dovoljno ispitani. Formulisanje zdravstvene politike za mentalno zdravlje mora biti sastavni dio javne politike za zdravlje, dobrobit i društvo općenito. Član 5. st. 1 grčkog ustava garantuje slobodan razvoj ličnosti svih građana i njihovo pravo da učestvuju u svakom aspektu života, sa članom 3 Evropske konvencije o ljudskim pravima ECHR. Za vađenje organa moždano mrtve osobe potrebna je prethodna pisana saglasnost pacijenta ili njegovih srodnika, jer njegovo srce još uvijek radi, pa samim tim nije mrtav. Napori i resursi međunarodne zajednice trebali bi se etički i bioetički fokusirati na implementaciju ovog Evropskog Madridskog akcionog plana. Kako bi se izbjeglo perpetuiranje stereotipa koji starije osobe vide kao slabe, zavisne i eksperimentalne životinje.

Ključne riječi: Starije osobe, bioetika, ljudska prava, Grčka.

Summary

Long-term care in aging societies has been thoroughly investigated in recent years through scientific disciplines with the participation of more specialties of the sciences. Of particular interest is the conceptual framework of the thematic field for the ethical, bioethical, socio-political philosophy and long-term care of the elderly. A new categorization of levels of care needs is proposed, as the lack of a unified approach at the European level has emerged and a comparative analysis is made where Greece currently has the largest percentage of the population aged "65+" than all other EU member states. The value, wisdom and dynamics of old age have not yet been sufficiently examined. The formulation of health policy for mental health must be an integral part of public policy for health, welfare and society in general. Article 5 par. 1 of the Greek constitution guarantees the free development of the personality of all citizens and their right to participate in every aspect of life, with article 3 of the European Convention on Human Rights ECHR. The removal of organs from a brain-dead person requires the prior written consent of the patient or his relatives, because his heart is still functioning, and therefore he is not dead. The efforts and resources of the international community should focus ethically and bioethically on the implementation of this European Madrid Action Plan. So as to avoid the perpetuation of stereotypes that see the elderly as weak, dependent and experimental animals.

Keywords: Elderly, Bioethics, Human Rights, Greece.

Περίληψη

Η μακροχρόνια φροντίδα σε γηράσκουσες κοινωνίες έχει διερευνηθεί επισταμένως τα τελευταία χρόνια μέσα απ' τους επιστημονικούς κλάδους με τη συμμετοχή περισσότερων ειδικοτήτων των επιστημών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εννοιολογικό πλαίσιο του θεματικού πεδίου για τη ηθική, βιοηθική, κοινωνικο-πολιτική φιλοσοφία και μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων. Προτείνεται μια νέα κατηγοριοποίηση επιπέδων αναγκών φροντίδας, καθώς εμφανίστηκε η διαπίστωση της έλλειψης της ενιαίας προσέγγισης σε ευρωπαϊκό επίπεδο και γίνεται η συγκριτική ανάλυση όπου η Ελλάδα σήμερα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού ηλικίας «65+» απ' όλα τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ. Η αξία, η σοφία και η δυναμική της τρίτης ηλικίας, δεν έχει ακόμα εξετασθεί επαρκώς. Η χάραξη της πολιτικής της υγείας για τη ψυχική υγεία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της δημόσιας πολιτικής για την υγεία, τη πρόνοια και κοινωνία γενικότερα. Το άρθρο 5 παρ. 1 του ελληνικού συντάγματος εγγυάται την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του συνόλου των πολιτών και το δικαίωμα συμμετοχής τους σε κάθε πτυχή της ζωής, με το άρθρο 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ΕΣΔΑ. Η αφαίρεση οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό προαπαιτεί την προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του ασθενή ή των συγγενών του, γιατί η καρδιά του ακόμα λειτουργεί, κι άρα δεν είναι νεκρός. Οι προσπάθειες και οι πόροι της διεθνούς κοινότητας θα πρέπει να εστιάσουν ηθικά και βιοηθικά στην εφαρμογή αυτού του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης της Μαδρίτης. Ωστε να αποφεύγεται η διαιώνιση στερεοτύπων που θέλουν τους ηλικιωμένους αδύναμους, εξαρτημένους και πειραματόζωα.

Λέξεις Κλειδιά: Τρίτη Ηλικία, Ανθρώπινα Δικαιώματα, Βιοηθική, Ελλάδα.

Introduction.

Long-term care in aging societies has been extensively researched in recent years within the specific scientific discipline and with the participation of more scientific specialties, as the investigation of demand, supply and methods are diversified. With co-financing and the Long - term care in aging societies: exploring demand, supply and modes of finance, Thumbnail ¹it is understood that the conceptual framework of the thematic field for the ethical, bioethical, socio-political philosophy and long-term care of the elderly is presented. After "long-term care" is defined, the appropriate organizational models are also presented, with the public policy choices of the countries of Europe, as well as some demographic data, with the aim of making the broader context in which the subject of the research is included more understandable, not only at the narrow scientific level, but also at the socio-political level and at the level of public choices and bioethics.

The methodological approach with the specific data, the definitions and measurements used, as well as the methodology followed, with the data of the "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE), with the descriptive statistical analysis of the four indicators of long-term care, for the 95% confidence intervals, carried out, with the results in the weighting, in the total population, of each country, can be illustrated in bar graphs and "Venn" diagrams, as well as in "scatter plots". The "probit" regression analyses help to establish the degree of influence of the selected independent variables on the probability of someone being in extreme need of care and on the probability of not receiving any care at all, with the

¹See: Long-term care in aging societies: exploring demand, supply and modes of finance Thumbnail - Doctoral Thesis – author: Valvis, Zafiris – Dimitris, Date: November 2022, with supervisors Professor: Tinios, Platon.

probability of receiving only one care, as well as the probability of the care provided meeting their needs. Comparative analysis of the basic statistical indicators can be done with the care need indicator, the care gap indicator, the care mix indicator and the care satisfaction indicator.

A new categorization of levels of care needs is proposed, as the lack of a unified approach at European level has been identified. A comparative analysis of the four above indicators is also made for all individuals aged "65+" who have the necessary need for personal care, with difficulty in at least one basic activity of daily living "ADL". With the above indicators and taking into account those who need care and special assistance only with functional activities of daily living "iADL", it is examined whether formal and informal care function complementary and helpful as substitutes and the focus is on what is happening in Greece. The methodological approach is presented and further research data is analyzed regarding who provides long-term care for the elderly in Greece, with the role of informal and non-professional care, in relation to specialized professional care, as well as the correlation of receiving care with other parameters, such as household composition, financial well-being, age and the existence of children.

With the various forms of long-term care services provision that exist in Greece, unpublished public administrative data are studied, regarding the number of elderly people receiving care services, from organized structures, whether they are public or private. Also, a check is made on public spending, thus presenting the results of the primary research carried out in a specialized public "focus group", within the framework of the Horizon 2020-funded project, entitled "Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (Sprint)", under the auspices of the Research Center of the University of Piraeus. The projection of needs for home-based long-term care services for the elderly theoretically until the year 2070, helps with the basis of the demographic and macroeconomic assumptions of the "Aging Working Group (AWG)" Reports. The conclusions and key findings are proposed in axes of planning integrated long-term care policies, combining the qualitative findings of the "focus group" research, with a specialized audience, taking into account the practices of other countries. The axes of planning public policies for long-term care of the elderly could be summarized in the following points. By creating a comprehensive legal institutional framework that systematizes the different levels and types of services provided based on severity and needs, after setting clear criteria for beneficiaries of public services for long-term care.² The correct governance system has a systematic and structured recording of the quality of services provided. By strengthening and systematizing the financing of public long-term care programs. The establishment of incentives for the development of private long-term care insurance programs, for the development of long-term care services in the sensitive private sector, helps to combat undeclared work and support informal family caregivers. The main objective should be to become a useful tool for designing public policies and services for long-term care of the elderly.

Part A.

Greece currently has the largest percentage of the population aged "65+" of all other EU member states, yet it has the smallest share of expenditure on long-term care, as a percentage of total health expenditure. Recent data show that Greece spends less than 0.2% of GDP on total expenditure on long-term care, therefore much lower than the European average of 1.5%, and this leads to a limited availability of services and infrastructure. For example, in 2020, for

²See: Department of Statistics and Actuarial Science, number of pages 195, in Greek language URI <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/14863> and http://dx.doi.org/10.26267/unipi_dione/2285

every 100,000 inhabitants, there was less than one long-term care bed in inpatient and long-term care units, ranking Greece at the lowest scale and position among EU states.

Unfortunately, when there is no specific central government agency for long-term care, further challenges arise in representing and coordinating issues related to the elderly, especially at the state level. The closest relatives usually take on the main responsibility for family care at home, while NGOs for the care of the elderly also play a role. More than half a million older people report that they face difficulties in personal care activities and that they need help to complete them. The purpose of public benefit institutions is to support the needs of the elderly as much as possible, in order to enrich the lives and increase the well-being of the most vulnerable people in our society (OECD, 2020). Typically, 77% of people over 65 years old receive an average monthly pension of €643 (HIDICA, 2020). While 129,000 people have been diagnosed with dementia (ELSTAT, 2020). In fact, 21% of people over the age of 65 are at immediate risk of poverty (ELSTAT, 2020).³ Today in 2025, little has changed with the above percentages.

Part B.

This study also approaches the bioethical and social problems that arise during the last period of a person's earthly life. The purpose of presenting these multiple problems is to show the magnitude, the importance for the quality of life of an elderly person who has the right to live with dignity. The presentation of the importance and usefulness of the elderly in the social, bioethical and ecclesiastical space of the ecclesiastical institutions of Greece is important. Our goal also lies in the originality that is the activation of bioethical interest in the undervalued and unexplored third age, whose residents have offered so much on a social level. Unfortunately, the elderly remain unexploited in bioethical and social work, although they themselves have inexhaustible reserves of strength and wisdom, despite their declining physical strength.

With the difficult attempt to define the term old age, a historical review of old age is attempted, throughout history, since old age in ancient Greek literature has a significant importance, without lacking opposing views. In the years of the Greek-Byzantine period, organized nursing homes and organized charity for the elderly appear for the first time in the world history of man in Constantinople, but also earlier with the institutions named "Vasileiada" of Basil the Great. The enormous contribution of people of the elderly to the bioethical, family, and social sphere is presented. The value, wisdom and dynamics of the elderly have not been sufficiently examined. The elderly have a significant presence and very old in the Old and New Testaments, then in the patristic literature and the hymnographic texts of the Orthodox Church. The inspired writers express themselves with words of praise for the elderly. The contemporary social problems that refer exclusively to the elderly are problems of accommodation and housing. Institutionalism and its problematics are related to the social isolation and social exclusion that an elderly person suffers today. The abuse that can be experienced in the context of domestic violence. Also, some groups of elderly people are considered a social problem in themselves while they are lonely, suicidal, alcoholic or illiterate.

It is necessary to present ethics and bioethics, contrasted with political philosophical ethics and general bioethics, which have overwhelmed the modern Western and European way of life, such as bioethical problems, euthanasia, transplants, assisted reproduction, etc. The voluntary contribution of the elderly to social work is also emphasized as an ideal. The elderly, while on

³See: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/21511> and <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/42904>

the threshold of death, emphasizes overcoming it, within the life of society. The list of current ecclesiastical nursing homes reveals the practical interest of the Greek Church in the elderly.⁴

Part C.

Public care for the elderly in Greece, as in the countries of the European Union, is mainly in the hands of the state.⁵ Through the bibliographic review and the available statistics from public bodies, the issue of old age and the specific needs faced by the elderly population in Greece and Europe are presented. The policies adopted by states to address the effects of old age in their countries are also translated into the corresponding public spending on the health sector, to ensure the provision of health services to the elderly European citizen. It is known that spending on health systems has been increasing for several reasons in recent years, and it is a fact that this affects the amount of pensions. From the presentation and analysis of the welfare state models prevalent in European states, the similarities, differences and shortcomings in public health care systems can be identified and it can be determined whether the formation of the welfare state in one way or another affects the public health care policy of each state.

Thus, the triple relationship of the health service provider and the client as served and intermediary is formed, within the framework of pensions, as well as the basic services provided for the elderly in their countries. Using data on the social and insurance system through the "Missoc" program, a comparison can be made between the most prevalent systems in Europe and Greece.⁶ The conclusions can inform future researchers about the state of health care in the public sector and constitute a plan for further research.⁷ By investigating bioethical issues with regard to the period of human life that we call "third age", the main health conditions that arise gradually, as a result of the onset of old age, and especially those related to the emergence of bioethical issues, such as the case of "Alzheimer's" disease, are examined. The study of issues from the perspective of ethical and bioethical issues also includes the interpretation of philosophical Kantian tasks for the specific human condition of old age. Topics such as the issue of personal autonomy, the terms that constitute the concept of person and personality and the conditions for recognizing full moral status are examined. Both the ethical and legal conditions that make "advance directives" valid are investigated, with ethical and bioethical content. The issues of information during the provision of care, the ethical issues of care and consent or rejection of medication, the need to respect the terms of privacy and confidentiality and the ethical problems that arise from the use of protective measures and restrictions. Issues related to end-of-life care and palliative care are also studied from an ethical

⁴See the conclusions of this study and read the thesis (Online), the thesis in PDF format, where all documents in the EADD are protected by copyright. DOI 10.12681/eadd/42904 Handle address http://hdl.handle.net/10442/hedi/42904_ND_42904 , with alternative Title : Social and bioethical problems of third age: theological and pastoral consideration, with Author : Chronis Io. Christoforos, with year 2016, p. 205. Aristotle University of Thessaloniki (AUTH), School of Theology - Department of Theology, scientific subject ethics and religion. With examination committee: Kalliakmanis Vasilios, Papageorgiou Niki, Tsironis Christos, Skaltsis Panagiotis, Koltsiou-Nikita Anna, Tsigos Vasilios, Rantzou Maria. See: <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/42904>

⁵In the hands of the state - Public care of the third age in Greece and the European Union countries Thumbnail Master Thesis: author : Gifa Dimitra, year 2020, supervisor Professor: Karkalakos Sotirios.

⁶See Resource Code 000417820, title, third age: bioethical issues, Third age : bioethical issues , with author: Tzortzakis, Pavlos, and with thesis advisor: Tsinorema, Stavroula, members of the jury: Sourlas, Pavlos, Kousi, Maria.

⁷Postgraduate Program Title: Health Economics and Administration Department: School of Economics, Business and International Studies. Department of Economics, with a number of pages: 67 and in Greek language: URI: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12933> and http://dx.doi.org/10.26267/unipi_dione/356. Collection: Department of Economics, <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12933>

perspective and the conditions that advocate for limiting the supportive care provided during the end-of-life phase of elderly patients.⁸

Part D.

Many situations experienced by older people involve legal and constitutional human rights. The information available on human rights and how they relate to older people is minimal. Often, a person may not be aware that they have the power to change their situation, or may not even be aware that they are being treated unfairly. Older people deserve to have access to information about their human rights, so that they can challenge mistreatment and demand better service. As early as 2013, the EU issued a guide for older people, which aims to support older people themselves in becoming informed about the legal and institutional framework for the protection of their human rights. Older people are not a homogeneous group. The issues of protecting their rights vary. Some continue to have an active lifestyle, while others are homeless, live isolated and lack adequate care. Older people are in a vulnerable position, as they are dependent on support and care. In Thessaloniki⁹ an elderly disabled lady went with her companion to the State Theatre to see a performance. She went for free, but they forced her to pay for her assistant because the opinion did not stipulate that she should have an assistant. They gave her a ticket to the sixth floor and when she needed to go to the toilet there was none, she had to move to the third floor, where there were regular toilets and not for people with disabilities. She was forced to contact the Ombudsman who asked the State Theatre to take the complaints into account and meet her needs for people with disabilities.

The development of mental health policy should be an integral part of public policy for health, welfare and society in general. Mental health policy should promote the rights of all individuals receiving services, such as equality and the elimination of discrimination, the inviolability of privacy, the right to information and participation, the prohibition of torture and the right to life. Often the above rights are ignored or not implemented appropriately, resulting in their violation, being adopted in stereotypical attitudes and behaviors, both by the general population and sometimes by professionals in the provision of mental health services and the design of corresponding policy measures.

Human rights belong to everyone and are based on fundamental principles such as fair treatment, equality, dignity, respect and autonomy. They are about how public authorities and government policies, hospitals and social services behave correctly and fairly. For example, not to behave in a degrading manner, and at other times, they oblige authorities to take action to protect life. Human rights are deeply rooted in the history of many different societies, cultures and individuals, and were first recognized legally and judicially after the devastation of the Second World War, with the Universal Declaration of Human Rights. Human rights agreements, including the European Convention on Human Rights ECHR, state that people should respect their fellow human beings.

In the Greek constitution, human rights¹⁰ are guaranteed and protected by article 4 concerning "legal equality", while article 2 par. 1 of the constitution guarantees respect for and protection of human dignity, as a primary value that governs the Greek state. Article 5 par. 1 of the Greek

⁸Physical description within 317 pages, Care Duties Ethical issues Global ageing Third age, Ethical issues Duties Global ageing Third age Care, with publication date 9-7-2018, School/Department-School of Philosophy-Department Rights and obligations of the elderly, October 2, 2017. <https://elocus.lib.uoc.gr/dlib/b/5/f/metadata-dlib-1536146843-772219-9802.tkl>

⁹<https://eleftherostypos.gr/ellada/kthve-nea-politiki-gia-ta-amea-meta-apo-katangelia-ston-synigoro-tou-politi>

¹⁰Panagopoulos Alexios, Human Rights, Thessaloniki 2023, p. 59. See: Panagopoulos Alexios, European Institutions, Thessaloniki 2024, p. 72.

constitution guarantees the free development of the personality of all citizens and their right to participate in every aspect of life, while judicial protection is a right guaranteed in the Greek constitution. According to article 20 par. 1, "everyone has the right to legal protection by the courts and may develop their views in them, regarding their rights or interests, as defined by law".

Which human rights are important for older people today? All human rights protected by the European Convention and the European Convention on Human Rights are relevant to and may be useful for older people. Three basic human rights have been widely used to protect older people, such as the right not to be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment. The right to respect for private and family life, home and correspondence and the right to life. The importance of human rights for older people is not limited to these issues. Human rights law has great potential to empower and protect older people in many areas of social life. Article 3 of the European Convention on Human Rights ECHR states that no one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment. This right is an absolute moral, social and legal right with bioethical implications. This means that the person should not be tortured or subjected to inhuman or degrading treatment under any circumstances, due to human dignity. Situations that may involve inhuman or degrading treatment include negligence leading to bedsores. For example, by workers leaving food trays, without helping them to eat, or washing or dressing them, without taking into account dignity, with forms of ill-treatment. Unacceptable practices by nurses, such as the systematic refusal to take the person to the toilet, undressing in front of others, physical or verbal abuse, can be serious enough to be considered inhuman or degrading treatment. This will also depend on the particular circumstances of the case, including how serious the treatment is and the impact it has had, with the omissions by the public authorities.

The law does not only prevent public authorities from taking certain actions, but also calls on public authorities to take preventive measures to prevent violations of human rights. The right to respect for private and family life, home and correspondence. According to Article 8 of the European Convention, the right to respect for private and family life, home and correspondence is protected. It determines, in general terms, the cases in which an interference, as a restriction on the right, is acceptable, in other words, an interference is justified, in accordance with the principle of proportionality.

The right to life, according to Article 2 of the European Convention on Human Rights, protects people from being taken to death by public authorities and from taking reasonable steps to protect life. An adult has the capacity to make decisions for themselves, decisions about whether or not to accept a treatment and this should be respected, even if not being treated will lead to their death. However, if they decide to accept treatment, they may not insist on a particular type of treatment. Advance directives are a written statement that they do not wish to receive a specific medical treatment in the event that they lose the capacity to consent or make informed choices about their treatment in the future. Doctors should respect their wishes in the majority of cases. The legislation and practice in Greece, within the Greek society, where the laws have been enacted, concern the self-management of the patient. The constitutional right of the individual to freely develop his personality is also enshrined in article 5, par. 1 of the constitution, which constitutes the concretization of the protection of human dignity, with article 2, par. 1 of the constitution. Through the constitutional right in combination with article

57 of the Civil Code, all human activities are protected, by which the human being expresses himself as a personality and for which there is no other explicit constitutional provision.¹¹

The state is obliged to refrain from actions that hinder the free development of the individual's personality and also to facilitate it. Constitutional freedom enables the individual to refuse further continuation of his treatment, when it is not linked to any therapeutic perspective. The person can decide on the care he wishes to receive at the end of his life with an official legal form. With the legal forms of the patients hospitalized in the Intensive Care Unit, the relatives know his wish for the end of his life and are exempted from making any other decision. The forms are completed as long as the individual is mentally capable of determining the framework of his health care and concern nursing interventions, such as a do-not-resuscitate order and the inheritance will. The Greek code of medical ethics guarantees respect for the autonomy of the person and recognizes the representation of relatives only in the event that the patient loses his psychosomatic capacity to make decisions. The doctor is not allowed to perform any medical procedure without the patient's prior consent.

In the event that the patient lacks the capacity to consent, consent to perform a medical procedure is provided by the legal guardian, if one has been identified. In the event that there is no legal guardian, consent is given by the patient's relatives. The code specifies that the patient's wishes must be taken into account when planning the treatment. The doctor takes into account the wishes expressed by the patient, even if at the time of the operation the patient will not be able to repeat them. Euthanasia is prohibited, but the doctor must be aware of the patient's wish to die, when he is in the final stage. The removal of organs from a brain-dead person requires the prior written consent of the patient or his relatives, because his heart is still functioning, and therefore he is not dead. The doctor, in the case of an incurable disease that is in its final stage, even if all medical therapeutic possibilities are exhausted, must take care of the patient's psychosomatic pain and support the patient until the end of his life with dignity. Mandatory vaccination at any age constitutes an insult to personality and constitutional values. Consent, representation and expressed wishes can be in line with the Oviedo Convention on Human Rights, Bioethics and Biomedicine, which has also been ratified by the Greek Parliament and is in force as internal law.

In 2006, the National Bioethics Committee, in its report on "artificial life extension", supports the fundamental principles of "benefit" and "do no harm" and supports the terminally ill patient, for relief from pain and suffering. The artificial extension of biological functions, without hope of cure, can be considered harm. The continuation or not of the intervention cannot be left solely to the judgment of the doctor and that the decision must be made by the patient himself, provided that he is able to express his opinion or by his relatives. The committee recognizes the possibility of a conflict of opinions arising between the treating doctor and the patient's relatives, which is why the hospital's ethics committee intervenes with social workers. The committee may assess that the therapist must leave, after ensuring that the patient is monitored by another doctor of the choice of his family.

The bodies of protection of rights in Public Administration with the Ombudsman and the Health Ombudsman, express themselves with the independent authority, which receives and investigates reports, for any public service, which violates the rights of citizens. The body of inspectors and auditors of the public administration is an autonomous body of internal control of all public services. The application of the principle of equal treatment regardless of disability, age, highlights the prohibition of discrimination, by the competent bodies as in

¹¹In 1992, the rights of hospital patients were legislated with Law 2071/92, Article 47, while in 1997, with Law 2519, Article 12, the bodies for the protection of patients' rights were established.

article 19 of law 3304/2005, for issues related to violations in the private sector and this committee operates in the Ministry of Justice.

There are non-profit organizations that aim to improve the quality of life of people, for example from the age of 50 and above in Greece, within the framework of a more equal society and through actions and activities that affect all aspects of life. In cooperation with other social partners, the rights of the elderly for a more equal treatment in society are supported and promoted. For employment, health and medical care, their independence and a decent standard of living, with their right to participate as integrated citizens in decision-making. For example, on the website “Panhellenic Association of Elderly Care Units” we can find all the useful information, as well as a detailed list of existing units. The most vulnerable groups occupy more space in the relevant legislation, the Charter of Rights and Obligations of the Elderly.

Article 10 of the aforementioned relevant Charter also mentions the obligations of patients to respect the rights and needs of other people who live and work in the same environment as them, as well as to respect the general interest of the community in which they live. Their obligations and freedoms should be limited only by the need to respect the same rights of other members of their community. To respect the staff who care for them, with courtesy, without being harassed or abused. To take responsibility for the consequences that their action or lack of action will have on other people who care for them and their relatives, in accordance with the national legislation of their country. To appoint an appropriate person of their choice to make decisions and advocate on their behalf. To inform the competent authorities and the people around them of situations of abuse, mistreatment or neglect that they experience or observe. The European Partners, who contributed to the formulation and publication of the Charter of Rights and Responsibilities, on which the above formulation was based, are the following: AGE Platform Europe, coordinator of the program. EDE – European Federation of Directors of Nursing Homes National partners: 50+ Hellas (Greece). Anbo (Netherlands). Biva (Germany). Commune de St Josse (Belgium). Fondation nationale de Gérontologie (France). Fipac (Italy). Mestna Zveza Upokojencev (MZU, Slovenia). Niace (UK). Swedish Association of Senior Citizens (SPF, Sweden). Zivot 90 (Czech Republic), with the support of the European Program Daphne III, which aims to prevent and combat violence against children, young people and women, as well as to protect victims and groups at risk.¹²

Part E.

The prohibition of discrimination on the basis of age is not expressly provided for in most international legal and political texts for the protection of human rights. As stated in general comment no. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons, the absence of explicit provision is not a conscious choice, but is rather explained by the fact that at the time of adoption of these texts the phenomenon of demographic ageing did not have the dimensions it has today. Article 19 of the Treaty on the Functioning of the European Union and Article 21 of the Charter of Fundamental Rights explicitly prohibit discrimination on the basis of age. The ECtHR points out that the existence of a coherent legislative framework for protection against discrimination on the basis of age is of fundamental importance, when in Europe age discrimination is the most frequent ground of discrimination. In Greece, Law 3304/2005 has established a general framework for combating discrimination in the field of employment and occupation, in accordance with Council Directives 2000/43/EC of 29 June 2000 and 2000/78/EC of 27 November 2000, to ensure the application of the principle of equal treatment.

¹²Cf. Liana Hande (2017), lawyer, University of Athens <https://www.gernaoallios.gr/2017/10/02/ dikeomata - ke - ypochreosis - ton - ilikiomenon />

Regarding age discrimination, the legislator explicitly clarifies this in Law 3304/2005. The EEDA points out that the above legislative framework is not considered sufficient to combat age discrimination. See comments on Law 3304/2005 “application of the principle of equal treatment regardless of racial or ethnic origin, religious or other beliefs, disability, age or sexual orientation”, as well as proposals regarding the need to amend it, Report 2010, p. 69-70 and EEDA, “observations on the Draft/Law “Implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of work and employment - Harmonization of existing legislation with Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006””, Report 2008, p. 89 et seq. EEDA notes that Law 3304/2005 concerns exclusively the field of work and as pointed out by the Committee of Social Rights¹³ of the Council of Europe. A large number of cases of discrimination against older people concern their right to work, this discrimination concerns the largest number of their rights.

It is also noted that there is a need to amend a series of articles of the law concerning the scope of equal treatment, with positive actions, professional requirements and different treatment on grounds of age, in order to make these provisions in line with the letter of Directives 2000/43 and 2000/78. Concerns have been expressed about the implementation of the principle of equal treatment in Greece, especially during the period of economic crisis. Since many austerity measures adopted in Greece¹⁴ from the labor and social security areas are linked to age and involve unfavourable treatment, based on age, introducing direct discrimination that cannot be justified, thus violating Directive 2000/78¹⁵. Indirect discrimination based on gender and multiple indirect discrimination based on gender and age become very likely, since for example in Greece most pension beneficiaries under 55 years of age are women, who retired with fewer years of service, with a reduced pension, if they had minor children, a fact that is also highlighted by the ILO. Law 3304/2005 does not provide for the prohibition of multiple discrimination, a point that the EEDA has repeatedly highlighted¹⁵ highlighting the need for amendment. Elderly people are often victims of discrimination not only because of their age, but also because of their gender, their ethnic origin, their sexual orientation, their nationality, their religion or their disability.¹⁶

Article 8 of the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities requires States to take measures to combat stereotypes, prejudices and harmful practices concerning persons with disabilities, including those based on sex and age, in all areas of life. It is noted that attention should also be paid to combating stereotypes and prejudices against older persons that lead to discrimination¹⁷ against them, known as “ageism”, and this phenomenon is linked to the perception of older persons as people who have ceased to be human, as a separate and inferior category, solely because they have already passed certain stages of their lives, with the infringement of the fundamental rights of older persons. The negative impact of these

¹³See: ECtHR, Conclusions XX-2 (2013), Articles 3, 11, 12, 13 and 14 of the 1961 Charter and Article 4 of the 1988 Additional Protocol (Greece), available at and to :

http://www.coe.int/t/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/GreeceXX2_en.pdf.

¹⁴See: S. Spiliotopoulou-Koukoulis, “Austerity measures in Greece and human rights: judgments of international bodies, EU law and examples of Greek case law”, Social Insurance Law Review, No. 2/644, 2014, paras . 173, 181, 182 and 189.

¹⁵See: ILO, Report on the High Level Mission to Greece (Athens, 19-23 September 2011), 1-8 , para . available at : http://www.ilo.org/global/standards/WCMS_170433/lang-en/index.htm .

¹⁶See EEDA, “Observations on Law 3304/2005 “Implementation of the principle of equal treatment irrespective of racial or ethnic origin, religious or other beliefs, disability, age or sexual orientation” and proposals on the need to amend it”, Report 2010, pp. 69-70 and EEDA, “Observations on the draft law “Implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of work and employment - Harmonization of existing legislation with Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006””, Report 2008, pp. 89 et seq.

¹⁷Working Paper prepared by Ms. Chingsung Chung, Human Rights Advisory Committee, A/HRC/AC/4/CRP.1, 4.12.2009, para . 8. See R. Butler, “Age-ism: Another form of bigotry”, The Gerontologist, 1969, p . 243.

stereotypes on the enjoyment of fundamental rights by older persons should not be underestimated.

With the individual and political rights of autonomy and participation, the right of self-determination of every person is recognized¹⁸, to be deemed necessary to highlight the absolute need to ensure the full implementation of the right of older persons, for respect for human dignity, physical and mental well-being and their private and family life. To ensure the full enjoyment of legal capacity on an equal basis with every other member of society and unhindered access to justice. It is necessary to strengthen the ability of older persons, interaction with their environment and full participation in social, cultural and educational events, as well as in political life. Engaging in new technologies as a systematic lifelong learning action in older ages expands the possibilities of employment, contribution and participation of older persons in social events. It is necessary to ensure the equal participation of every citizen in the information society, without exclusions, and the electronic inclusion that can contribute to the creation of this society is necessary for easier reasons of social justice.¹⁹

Proper informed consent in health care is drawn up at this point with a previous Opinion²⁰ of the National Bioethics Committee, which points out that what is necessary to ensure the protection of elderly people is considered. In particular, by ensuring respect for the right of the elderly person or any person of their choice, provided that the right to be ignorant has not been exercised, to provide personalized, appropriate and gradual, with the main criterion being the patient's mental state, information to form a complete and understandable picture of their health status and the existing options for care, care and ensuring respect for the elderly person's right to refuse to be informed. Ensuring respect for the right of the elderly person or any person of their choice to provide consent for any decision concerning their care and medical treatment.

It is imperative to guarantee the right of older people to receive appropriate support for decision-making and the exercise of their legal capacity. By strengthening both the appropriate training of doctors and other health professionals, and the education and information of citizens regarding the importance of the autonomy of the elderly patient. Protection from violence and abuse is in line with the conclusions of the World Health Organization, that the abuse of older people is a major social and medical issue and its prevention is a matter related to constitutional human rights and social solidarity. For this purpose, there is a particular need to defend the inalienable right of all people to security, without experiencing fear of abuse or neglect and to strengthen the protection of older people from all forms of physical abuse, maltreatment, neglect and from all forms of sexual abuse and maltreatment. This protection must concern the provision of care not only in care structures and institutions, but also in home care.²¹

Raising awareness among medical, nursing and paramedical staff, as well as those who provide care and treatment to the elderly, in order to facilitate the detection and timely response to incidents of violence, abuse or neglect of the elderly. It is necessary to strengthen the protection measures for those who report incidents of violence, abuse and neglect, in order to encourage

¹⁸EEDA, "EEDA Recommendation and Criticisms of International Bodies on the Compatibility of Austerity Measures with International Human Rights Protection Rules", 27.5.2013, p. 7 http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/oikonomikh_krish/eeda_metra_litothtas.pdf. Also, in its recent text on the right to water, EEDA highlights the necessity of ensuring access to water for older people, in the context of respecting their right to health.

¹⁹See EEHR, "Right to Water – Recommendations of the EEHR for its effective protection", 20.3.2014, available at: http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/perivallon/apofasi_gia_to_nero.pdf.

²⁰National Bioethics Committee of Greece, Consent in the doctor-patient relationship, op.cit.

²¹See: World Health Organization, Regional Office for Europe, European report on preventing elder maltreatment, op. cit., p. 9.

both the elderly and anyone else to report such incidents. Strengthening the support and assistance of elderly people who have suffered violence, abuse and neglect, for the unhindered access of elderly people to justice. By raising public awareness of the problems faced by elderly people and how to protect them, especially from a form of abuse which seems to particularly affect Greece as a member of the EU²², with the economic and material abuse of European dignity.

Part F.

With the recognition and need to combat exclusion and social discrimination and guided by the need to promote social justice and protection, equality and solidarity, it is necessary to strengthen the legislative framework and take measures to combat age discrimination. The immediate fight against age discrimination should concern both direct and indirect discrimination. The competent authorities must adequately collect statistical data and data capable of assessing age discrimination. As regards indirect discrimination, statistical data is a key criterion for its identification and the necessity of the International Convention on the Rights of Older Persons.²³ Both within the framework of the UN²⁴, with the intense discussions that may be held on the necessity of adopting an international convention on the rights of older persons. The EEDA encourages Greece's contribution to the adoption of a binding international text on the rights of older persons. Despite the existence of a rich "soft law" framework, it is necessary to institutionalize a legal framework that will also create positive obligations for them. The adoption of an International Convention will contribute to making visible the problems of respecting the rights of older persons, which are often underestimated in the context of the implementation of international human rights law. The adoption of the Convention can encourage the effective and systematic monitoring of the implementation of the rights of older persons by the competent international and national bodies. On a symbolic level, the adoption of such a Convention also sends the message of concern for the rights of older persons, opposing the stereotypes that accompany the elderly. Raising awareness of global public opinion on issues of protecting the rights of older persons and on education on related issues is important. It has been proposed to the Greek State to support at the diplomatic level the adoption of an International Convention on the Rights of Older Persons, as well as the creation of a mechanism for both monitoring implementation and examining individual appeals. The axis of this international movement should be the rhetoric of the constitutional order on freedoms and rights. Opponents of the prospect of adopting an international convention on the rights of older persons present a series of arguments, focusing on the absence.

²²See: Greece is among the five EU countries that have given emphasis to financial and material abuse, cf. "Online European Reference Framework for the Prevention of Elder Abuse and Neglect (European)", European Reference Framework for the Prevention of Elder Abuse and Neglect. Background, Best Practices and Suggestions, 2009 – 2011, p. 7, available at: <http://lifelinehellas.gr/wpcontent/uploads/2014/03/%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%97%CE%A3%CE%97-%CE%97%CE>

²³See: I. Doron and I. Apter, "The Debate Around the Need for an International Convention on the Rights of Older Persons", *The Gerontologist*, 2010, p. 586 - 593, Fr. Mégret, "Human Rights of Older persons: a growing challenge", op.cit., p. 37 ff., P. Hert and M. Eugenio, "Specific Human Rights for Older Persons", Ehler, 2011, p. 400 - 404, D. Rodriguez-Pinzon and C. Martin, "The international human rights status of elderly persons", *American University International Law Review*, 2003, p. 915 - 1008, K. Tang and J. Lee, "Global social justice for older people: The case for an international convention on the rights of older people", *British Journal of Social Work*, 2006, p. 1135 - 1150.

²⁴See especially Human Rights Council, Advisory Committee, The Necessity of a Human Rights Approach and Effective United Nations Mechanism for the Human Rights of the Older Person, A/HRC/AC/4/CRP.1, 2010 and UN Expert Group, The report of the Expert Group Meeting Rights of older persons. Bonn, Germany: UN, 2009, available at : <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/egm/bonn09/report.pdf>.

At the diplomatic level, the axis of this international text should be based on the moral and bioethical basis with the rhetoric of human rights and not the needs of the elderly. The creation of an international convention implies social care and political compromises, resulting in setbacks being observed in some areas. A new convention does not respond to the problem of lack of respect for the rights of the elderly, especially considering the already existing weaknesses of the mechanisms for monitoring the implementation of other international conventions and the completion of existing international law for the protection of human rights. The efforts and resources of the international community should be ethically and bioethically focused on the implementation of this European Madrid Action Plan. In order to avoid the perpetuation of stereotypes that see the elderly as weak, dependent and experimental animals. It is necessary to protect and ensure the participation of older persons themselves and their representative organizations in the process of creating a binding international text. The inclusion of information on the protection of the rights of older persons in Greece in reports sent to international bodies that monitor the implementation of the UN Conventions on Human Rights and to the Human Rights Council in the context of the UPR, as it is recommended to do the same at the European level. The assurance of the substantive protection of the rights of older persons through European and international mechanisms for the protection of moral, bioethical, social and constitutional human rights "mainstreaming the rights of older persons", as well as the support of the work of the UN Independent Expert on the rights of older persons and fellow human beings.

References

- Valvis, Zafiris – Dimitris (2022), Long-term care in aging societies : exploring demand, supply and modes of finance Thumbnail - Doctoral Thesis – author : Valvis, Zafiris – Dimitris, Date : November 2022, with supervisors Professor : Tinio , Plato .
- Department of Statistics and Actuarial Science, number of pages 195, in Greek language URI <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/14863> and http://dx.doi.org/10.26267/unipi_dione/2285
- <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/21511> and <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/42904>
- Chronis John Christophoros (2016), <http://hdl.handle.net/10442/hedi/42904> ND 42904 , with alternative title : Social and bioethical problems of third age: theological and pastoral consideration. Aristotle University of Thessaloniki (AUTH), year 2016. School of Theology - Department of Theology. Examination committee: Kalliakmanis Vasilios, Papageorgiou Niki, Tsironis Christos, Skaltsis Panagiotis, Koltsiou - Nikita Anna, Tsigos Vasilios, Rantzou Maria (<https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/42904>)
- Gif Dimitra (2020), In the hands of the state - Public care of the third age in Greece and the European Union countries Thumbnail Master Thesis, year 2020, supervisor Professor : Karkalakos , Sotirios .
- Panagopoulos Alexios (2023), Human Rights, (Sartinas Publishing), Thessaloniki 2023.
- Panagopoulos Alexios (2024), European Institutions, (Sartinas Publishing), Thessaloniki 2024.
- Tzortzakis Pavlos, Third Age: Bioethical Issues, Third age : bioethical issues , thesis advisor: Tsinorema, Stavroula, jury members: Sourlas, Pavlos, Kousi, Maria.
- Postgraduate Program Title: Health Economics and Administration - Department: School of Economics, Business and International Studies, with a number of pages: 67 and in Greek language: URI: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12933> and http://dx.doi.org/10.26267/unipi_dione/356 . Department of Economics, <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12933>
- Care Duties Ethical issues Global ageing Third age (2018). Ethical issues Duties Global ageing Third age Care, published on 9-7-2018, School/Department-School of Philosophy-Department Rights and obligations of the elderly, 2 October 2017 (<https://elocus.lib.uoc.gr/dlib/b/5/f/metadata-dlib-1536146843-772219-9802.tkl>)
- Newspaper, Free Press (2025) <https://eleftherostypos.gr/ellada/kthve-neo-politiki-gia-ta-amea-meta-apokatangelia-ston-synigoro-tou-politi>
- Laws that legislated the rights of hospital patients with Law 2071/92, Article 47, while in 1997, with Law 2519, Article 12, the bodies for the protection of patients' rights were established.
- Hante Liana (2017), lawyer - PhD candidate in Law , National University of Athens <https://www.gernaoallios.gr/2017/10/02/dikeomata-ke-yepochreosis-ton-ilikiomenon/>
- ECRI , Conclusions XX-2 (2013), Articles 3, 11, 12, 13 and 14 of the 1961 Charter and Article 4 of the 1988 Additional Protocol (Greece), available and to : <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/GreeceXX2en.pdf>.
- Spiliotopoulou S. – Koukoulou (2014), “Austerity measures in Greece and human rights: judgments of international bodies, EU law and examples of Greek jurisprudence”, Social Insurance Law Review, Issue No. 2/644, 2014, paras. 173, 181, 182 and 189.
- I LO, Report on the High Level Mission to Greece (Athens, 19-23 September 2011), 1-8, para . available at : http://www.ilo.org/global/standards/WCMS_170433/lang-en/index.htm .
- EEDA (2010), “Observations on Law 3304/2005 “Implementation of the principle of equal treatment irrespective of racial or ethnic origin, religious or other beliefs, disability, age or sexual orientation” and proposals on the need to amend it”, Report 2010, pp. 69- 70 and EEDA, “Observations on the draft law “Implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of work and employment - Harmonization of existing legislation with Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006””, Report 2008, pp. 89 et seq.
- Working Paper prepared by Ms. Chingsung Chung, Human Rights Advisory Committee, A/HRC/AC/4/CRP.1, 4.12.2009, para . 8. See R. Butler, “Age-ism: Another form of bigotry”, The Gerontologist, 1969, p . 243.
- EEDA (2013), “EEDA Recommendation and Criticisms of International Bodies on the Compatibility of Austerity Measures with International Human Rights Protection Rules”, 27.5.2013, p . 7 http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/oikonomikh_krish/eeda_metra_litothtas.pdf. Regarding the right to water, EEDA highlights the necessity of ensuring access to water for older people, in the context of respecting their right to health.
- EEHR (2014), “Right to Water – Recommendations of the EEHR for its effective protection”, 20.3.2014, available at: http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/perivallon/apofasi_gia_to_nero.pdf .
- National Bioethics Committee of Greece, Consent in the doctor-patient relationship, op. cit.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, European report on preventing elder maltreatment, op. cit., p . 9.
- <http://lifelinehellas.gr/wpcontent/uploads/2014/03/%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%97%CE%A3%CE%97-%CE%97%CE>
- Doron and I. Apter (2010), “The Debate Around the Need for an International Convention on the Rights of Older Persons”, The Gerontologist, 2010, p . 586 – 593.
- Fr. Mégret (2022), "Human Rights of Older persons: a growing challenge", op. cit., p . 37, 2022, ff . https://wydawnictwo.iws.gov.pl/wp-content/uploads/2024/06/In-Legibus-calosc_compressed.pdf

- P. Hert and M. Eugenio (2011), "Specific Human Rights for Older Persons", Ehler, 2011, p . 400 – 404. <https://researchportal.vub.be/en/publications/specific-human-rights-for-older-persons-the-inevitable-coloring>
- D. Rodriguez-Pinzon and C. Martin (2003), "The international human rights status of elderly persons", American University International Law Review, 2003, p . 915 – 1008.
- K. Tang and J. Lee (2006), "Global social justice for older people: The case for an international convention on the rights of older people", British Journal of Social Work, 2006, p . 1135 - 1150.
- Human Rights Council (2010), Advisory Committee, The Necessity of a Human Rights Approach and Effective United Nations Mechanism for the Human Rights of the Older Person, A/HRC/AC/4/CRP.1, 2010 and UN Expert Group, The report of the Expert Group Meeting Rights of older persons. Bonn, Germany: UN, 2009, available at : <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/egm/bonn09/report.pdf>.

DISKRIMINACIJA OSOBA NA TEMELJU STAROSNE DOBI

Sažetak

Starija populacija stanovništva, predstavlja najbrže rastući broj građana u razvijenim državama svijeta, ali ta tendencija je prisutna i u zemljama u razvoju, kojima pripada Bosna i Hercegovina. Već desetljećima se u naučnim krugovima pridaje važnost samom terminu starenja, koje je do sredine dvadesetog vijeka bilo usmjereno na individualno starenje, a potom na demografsko starenje.

U mnogim državama svijeta demografske statistike potvrđuju ustanovljen trend rasta starijeg stanovništva. Taj fenomen uzrokovan je razvojem zemalja, a sam po sebi izražava mnoge socijalne, psihološke, medicinske, ekonomske i druge probleme. Zbog ovih problema, neophodno je posvetiti veću važnost prema starijim ljudima, u rješavanju raznovrsnih pitanja njihovog života.

Posebno izražen problem je negativan stav o starosti, što u ljudima izaziva negativno mišljenje o starenju a posljedica toga je negativno ponašanje prema starijima. Diskriminacije starijih osoba na temelju dobi, kroz godine se ne smanjuje.

Cilj ovog rada je opisati postojanje diskriminacije prema osobama starije životne dobi, a posebno ako su osobe same i bolesne. Također je u radu objašnjena diskriminacija zbog godina starosti. Negativan odnos okoline prema starijim osobama, rezultirao je općom diskriminacijom prema starijima, što predstavljaju ozbiljan problem, i stoga je važno raditi na boljoj edukaciji, te uravnoteženoj medijskoj prezentaciji starenja i starosti.

S obzirom na porast udjela starije populacije u svim društvima, čini se važnim istražiti ovu problematiku s različitih aspekata s ciljem boljeg položaja starijih i prepoznavanja njihovog doprinosa u društvu. U radu je prikazano istraživanje, u kojem je učestvovalo 80 ispitanika, starosne dobi od 18 do 20 godina. Ispitivanje je dobrovoljno provedeno s anketnim upitnikom "Test-skala o značenju njihovog stava o starijoj osobi".

Naime, istraživanjem se zapaža nedostatak društvene pažnje u odnosu na prava starijih ljudi, jer oni često nemaju učešća u društvenom životu, što je jedan od mogućih razloga što su često zanemareni, diskriminirani, i što su im uskraćena osnovna ljudska prava.

Ključne riječi: diskriminacija, stare osobe

¹ Vlada Unsko – sanskog kantona, vanredni profesor, e-mail:sena_druzic@yahoo.ca

² Univerzitet u Sarajevu, naučni saradnik, e-mail: alma_hajric22@hotmail.com

³ ZU Lječilište "Gata" Bihać, besceler sestrinstva, e-mail: ernas01@hotmail.com

Summary

The older population represents the fastest growing number of citizens in the developed countries of the world, but this tendency is also present in developing countries, to which Bosnia and Herzegovina belongs. For decades, in scientific circles, importance has been attached to the term aging itself, which until the middle of the twentieth century was focused on individual aging, and then on demographic aging.

In many countries of the world, demographic statistics confirm the established trend of the growth of the elderly population. This phenomenon is caused by the development of countries, and in itself expresses many social, psychological, medical, economic and other problems. Due to these problems, it is necessary to give greater importance to older people, in solving various issues of their life.

A particularly pronounced problem is the negative attitude about old age, which causes people to have a negative opinion about aging, and the consequence of this is negative behavior towards the elderly. Discrimination against the elderly on the basis of age has not decreased over the years.

The aim of this paper is to describe the existence of discrimination against elderly people, especially if they are alone and sick. Discrimination due to age is also explained in the paper. The negative attitude of the environment towards the elderly has resulted in general discrimination against the elderly, which represents a serious problem, and therefore it is important to work on better education and a balanced media presentation of aging and old age. Considering the increase in the share of the elderly population in all societies, it seems important to investigate this problem from different aspects with the aim of a better position of the elderly and recognition of their contribution to society. The paper presents a research in which 80 respondents, aged 18 to 20, participated. The survey was conducted voluntarily with a survey questionnaire "Test-scale on the meaning of their attitude about the elderly person". Namely, the research shows a lack of social attention in relation to the rights of older people, because they often do not participate in social life, which is one of the possible reasons that they are often neglected, discriminated against, and denied basic human rights.

Key words: discrimination, elderly people...

1. UVOD

U većini društava razvijenog svijeta stariji su dio zajednice, ali ne i dovoljno aktivno uključeni. Javlja se najčešće pri zapošljavanju (teže zapošljiva kategorija osoba), a kroz medije se starije osobe predstavljaju kao osobe ovisne od tuđe pomoći i bolesne. Na taj način se (ne)izravno utječe i na donositelje odluka kod kojih treba dodatno zagovarati za izdvajanja u zajednici potrebna za usluge i prilagodbe infrastrukture za populaciju starih osoba, kojih je sve više. Svake godine Međunarodni dan starijih osoba je prilika da se naglasi važnost iskustva i uloge starijih osoba u društvu, te prikaže izazov koje starenje predstavlja suvremenom svijetu. Svjetska zdravstvena organizacija je 2019. godine, temu posvetila smanjivanju diskriminacije prema starenju i starijim osobama koja je namijenjena cijeloj zajednici, s ciljem da se umanju negativno doživljavanje, ponašanje i odnos ili diskriminacija, prema starijim osobama.

Diskriminacija prema starijim osobama ima izravno negativne posljedice na njihovo zdravlje. One starije osobe koje se doživljavaju kao teret društvu ili vjeruju da su beskorisni izlažu se riziku depresije i socijalne izolacije. Istraživanja su pokazala da starije osobe koje negativno doživljavaju starenje žive sedam i pol godina kraće od svojih vršnjaka koji imaju pozitivan stav.

2. DEFINIRANJE POJMOVA

2.1. Diskriminacija (*odvajanje, razlikovanje*)

U sociologiji, nejednako postupanje prema društvenim skupinama ili pojedincima u nekom društvu; samovoljno i nepravedno dijeljenje stanovništva na skupine koje imaju i na one koje nemaju pravo na isti društveni postupak, ima oblik **diskriminacije**. Ima različitih oblika diskriminacije: spolna (neravnopravan tretman članova društva s obzirom na spolne oznake), rodna (kada spolne oznake dobiju društveni značaj i značenje, te prerastu u društveni standard ponašanja), dobna (kada se pripadnici nekog društva diskriminiraju s obzirom na starost), nacionalna/etnička (diskriminacija s obzirom na narodnost pojedinca), profesionalna (viši ili niži ugled pojedinih profesija), obrazovna (spriječnost pristupa nekim društvenim slojevima s obzirom na razinu obrazovanja), propisana posebnim pravilima (pristup dopušten samo pripadnicima određenoga grupe, i sl. Diskriminacija je u društvu praćena pisanim ali i nepisanim pravilima ponašanja, koji je podupiru i omogućuju (npr. rasni zakoni u nacističkoj Njemačkoj, politika aparthejda u Južnoafričkoj Republici). U suvremenome društvu sve je manje zemalja i sredina u kojima postoje takvi obrasci diskriminacije, ali neformalni faktori diskriminiranja i dalje postoje. Zato mnoge zemlje propisuju diskriminaciju donošenjem posebnih zakonskih akata, kojima se potencijalno diskriminiranim skupinama ili onima koje su bile diskriminirane u prošlosti daju različite prednosti (pozitivna diskriminacija). (Hrvatska Enciklopedija, 2013.)

2.2. Stare osobe (*treća životna dob*)

Stare osobe ili osobe treće životne dobi su od 60 godina života pa nadalje. Sinonimi za lica treće životne dobi su: **stara lica i stare osobe**. U okviru pojmovnog određenja potrebno je definisati pojam starosti, kao posljednje razvojne dobi u životu čovjeka. Pojam **starosti** možemo definirati prema hronološkoj dobi (poslije 65. godine života), prema funkcionalnom statusu (nakon određenog stepena opadanja sposobnosti) i prema socijalnim ulogama i statusu (npr. nakon penzionisanja). Još uvijek ne znamo odgovor na pitanje zašto starimo?! Različite teorije starenja tek djelimično zadovoljavaju naše spoznaje o tom procesu, a još ni iz daleka ne daju nadu da bismo smisleno pokušali djelovati na tu pojavu. Iz genetske i fiziološke teorije

starenja prihvaćen je tradicionalni stav da je biološka involucija žive tvari neizbježan i gotovo neodgodiv proces (Hodoba, 1995).

3. PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Danas je starenje stvarna činjenica mnogih razvijenih zemalja, posebno europskih, a postaje izraženija i u manje razvijenim zemljama kao posljedica socijalno-ekonomskog razvoja i unapređenja zdravlja. Očekivani životni vijek je osnovni indikator zdravlja stanovništva koji u statističkom smislu pretpostavlja broj godina preostalog života jednog pojedinca.

On prikazuje stvarnu situaciju mortaliteta u zemlji i kumulativni efekt faktora rizika, ozbiljnost bolesti i učinkovitost intervencija i liječenja. Preciznije, promjene u starosnoj strukturi stanovništva u Bosni i Hercegovini su uočene u opadajućoj stopi fertiliteta i povećanju očekivane dužine života pojedinca.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2017. godinu, očekivani životni vijek stanovništva u Bosni i Hercegovini je 77,4 godine, za muškarce 75, dok je za žene 79,7 godina i vrlo malo se razlikuje od procjene koja je rađena 2013. godine. Bosna i Hercegovina se prema dužini životnog vijeka nalazi na 42. mjestu zemalja svijeta, a stanovnici Hrvatske (36. mjesto) i Slovenije (26. mjesto) prednjače u regionu udio starijih osoba (60 + godina) porastao je sa 9,2% u 1990. godini na 11,7% u 2013. godini. Prema predviđanjima Ujedinjenih naroda (UN), na globalnom nivou, broj starijih osoba će do 2050. godine dostići 21,1%. Broj osoba starijih od 80 godina je također u porastu. Očekivani porast udjela osamdesetogodišnjaka je sa 14% u 2013. na 19% u 2050. godini. (UNDESA, 2013). Udio žena je veći u populaciji starijih. Poređenje podataka u periodu od 2010 do 2015. godine pokazuje da žene u prosjeku za 4,4 godine žive duže od muškaraca. (UNDESA, 2015.) Životni vijek se produžava. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u periodu od 2000 do 2015, životni vijek globalno se produžio za 5,5 godina.

Neka istraživanja pokazuju da broj stogodišnjaka (osobe sa 100 i više godina) raste brže nego broj osoba sa 80 i više godina i predviđa se da će narasti za devet puta do 2050. godine, sa oko 454 000 u 2009. godini, na 4.1 milijuna u 2050. godini. Dobna granica kojom se ljudi smatraju starijim osobama prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN) je 65 godina.

Za razliku od starosti, starenje predstavlja proces fiziološkog i progresivnog gubitka stanične regulacije zbog koje se smanjuje interakcija između tkiva i organa.

Starije osobe imaju problem u psihičkom i kongnitivnom funkcionisanju, stresnim događajima i načinima suočavanja, sistemu socijalne podrške, sposobnosti dnevnog života i sposobnost prilagođavanja. Dolazi do smanjenja funkcionalne sposobnosti. Funkcionalna sposobnost podrazumjeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih životnih aktivnosti koje osiguravaju primjerno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. (Sunčana R., Tatjana B. i Nikolina B., 2005.)

4. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA

4.1. Cilj rada

Cilj rada je istražiti stavove i mišljenja mlađe populacije stanovništva o diskriminaciji osoba zbog starosne dobi, a sve sa ciljem poboljšanja pristupa i odnosa prema starijim osobama.

4.1.1. Hipoteza rada

H1- Pretpostavlja se, da je najčešći način diskriminacije prema osobama treće životne dobi, ne znanja ispitanika o trećoj životnoj dobi, i osobe mlađe životne dobi, imaju predrasude prema osobama treće životne dobi s obzirom na njihovu kvalitetu života, njihov socijalni status ili položaj u društvu.

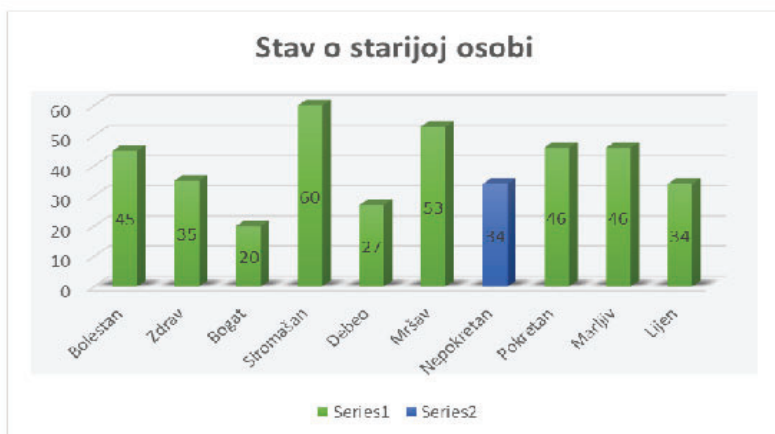
4.2. Metode i ispitanici

4.2.1. Mjesto i vrijeme provedene ankete: Anketa je rađena u Bihaću. U njoj su obuhvaćene skupine mladih osoba u dobi od 18 do 20-te godine. Ispitanici i parametri istraživanja su provedeni anketnim upitnikom (Upitnik - Referentnog centra Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba) među stanovništvom u Bihaću.

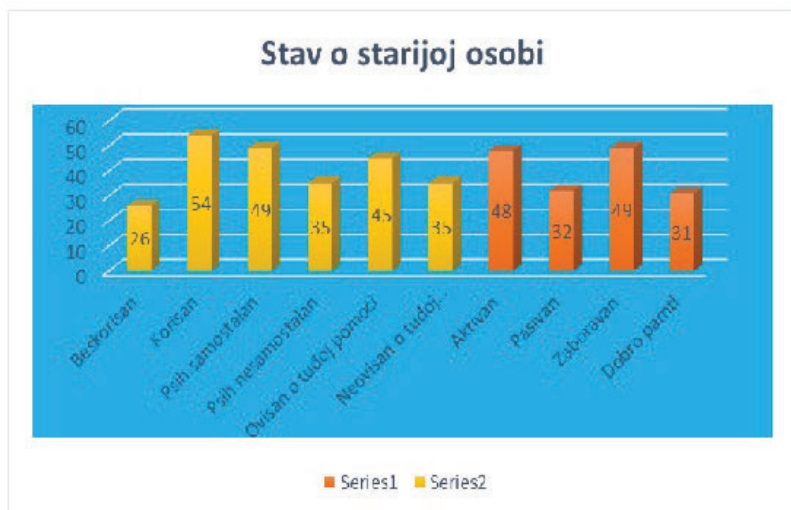
Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 80 članova.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

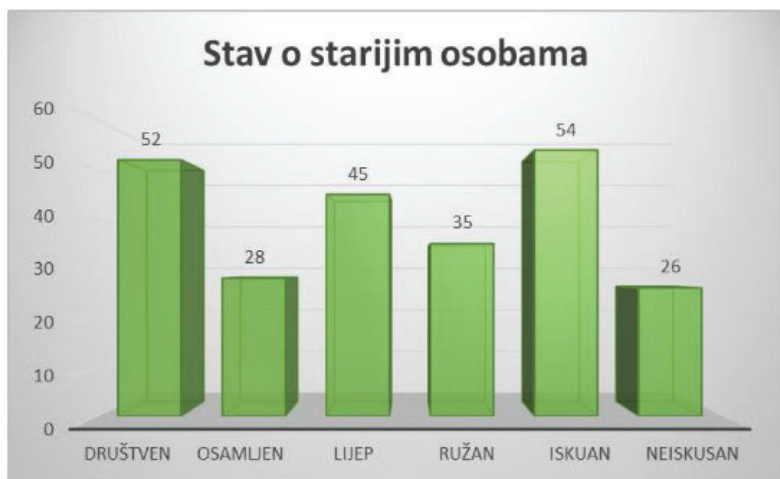
Hipoteze rada: Pretpostavlja se, da je najčešći način diskriminacije prema osobama treće životne dobi, upravo ne znanja ispitanika o trećoj životnoj dobi i osobe mlađe životne dobi imaju predrasude prema osobama treće životne dobi s obzirom na njihovu kvalitetu života, njihov socijalni status ili položaj u društvu.



Slika 1: Stav o starijoj osobi



Slika 2: Stav o starijoj osobi



Slika 3: Stav o starijim osobama

Kako je prikazano na slikama 1, 2 i 3 uočavaju se različita mišljenja i stavovi stanovništva, o starijim osobama. Od ukupno 80 ispitanika, njih 35 smatra da su osobe starije dobi zdrave, ali ih čak 45 smatra da su bolesne i da im je potrebna pomoć drugih.

Od ukupno 80 ispitanika uočena je razlika kada se radi o materijalnom statusu starih osoba, gdje 60 (56%) ispitanika smatra da su starije osobe siromašne, dok njih 20 (44%) ispitanika smatra da su osobe starije životne dobi bogate.

Na postavljeno pitanje da li se osobe starije životne dobi smatraju urednima ili neurednima? Od ukupno 80 ispitanika njih 39 (51%) smatra da su osobe starije životne dobi uredne, dok njih 41 (49%) smatra da su neuredne. Na postavljeno pitanje da li smatraju osobe starije životne dobi debele ili mršave? Od ukupnog broj ispitanika njih 27 (34%) smatra da su osobe starije životne dobi debele, dok ih 53 (66%) smatra da su mršave.

Također na postavljeno pitanje vezano uz pokretnost osoba starije životne dobi, od ukupnog broja ispitanika njih 46 (58%) se izjasnilo da smatraju osobe starije životne dobi pokretnima, dok njih 34 (42%) ih smatra nepokretnima. Na postavljeno pitanje da li osobe starije životne dobi smatraju marljivima ili lijenima? Od ukupnog broja ispitanika njih 46 (58%) ih smatra marljivima, dok ih 34 (42%) smatra lijenima.

Na postavljeno pitanje koliko se osobe starije životne dobi smatraju korisnima? Od ukupno 80 ispitanika njih 54 (68%) ih smatra korisnima, dok ih 26 (32%) smatra beskorisnima.

Od ukupnog broja ispitanika, njih 49 (56%) osobe starije životne dobi smatra psihički samostalnim, dok ih 35 (44%) ispitanika smatra psihički nesamostalnim. Od ukupnog broja ispitanika 45 (56%) ih smatra da su osobe starije životne dobi ovisne o tuđoj pomoći, dok ih 35 (44%) smatra da su neovisne o tuđoj pomoći tj. samostalne.

Također od ukupnog broj ispitanika njih 48 (60%) smatra da su osobe starije životne dobi aktivne, dok ih 32 (40%) smatra da su pasivne. Na pitanje vezano za pamćenje osoba starije životne dobi, od ukupnog broja ispitanika, više od polovine njih 49 (61%) smatra da su osobe starije životne dobi zaboravne, dok ih 31 (39%) smatra da starije osobe dobro pamte.

Kad je riječ o socijalnom status, od ukupnog broja ispitanika više od polovine njih 52 (65%) ih smatra da su osobe starije životne dobi društvene dok ih 28 (35%) smatra da su osamljene.

Od ukupnog broja ispitanika 45 (56%) ispitanika osobe starije životne dobi smatra lijepima, 35 (44%) ih smatra ružnima. Na pitanje o tome da li se osobe starije životne dobi smatraju iskusnima ili neiskusnima, 54 (68%) ispitanika je odgovorilo da ih smatra iskusnima, dok je njih 26 (32%) odgovorilo da ih smatra neiskusnima.

6. RASPRAVA

U društvenoj percepciji postoje tri primarne dimenzije po kojima kategoriziramo druge ljude kada ih prvi put vidimo: rasu, boju, spol i dob. Ovaj postupak postaje automatski već u ranom životu. Kategorizacija duž tih dimenzija toliko je temeljna za razumijevanje ostatka pojedinca, da se taj postupak često naziva *primitivna* ili *automatska* kategorizacija. Stoga u ovom istraživanju mogu se pozvati na riječ *ageizam*, gdje mladi ljudi imaju predrasude o osobama starije životne dobi već u početku, navodeći da mladi misle da čovjek čim ostari postaje bolestan. U ovom istraživanju to se pokazalo tačnom tvrdnjom, jer većina ispitanika, osobe starije životne dobi smatra bolesnim, ovisnim o tuđoj pomoći, siromašnim, mršavim i u velikom procentu osobama koje brzo zaboravljaju.

Ono što je zanimljivo jest da velika većina ispitanika u ovom istraživanju starije osobe smatra iskusnijima i korisnim članovima društva.

U današnje vrijeme, javlja se gubitak tradicionalnih vrijednosti i više-generacijske porodice, gdje se omogućavao suživot mladih i starijih generacija. Danas najčešće iz iskustva susrećemo dvo-generacijske porodice, gdje nema tog suživota mladih i starijih generacija.

Kao neka od rješenja ovog problema nameće se: senzibilizacija društva, poznavanje pojmova starenja i starosti, te poticanje modela međugeneracijske suradnje. Modeli međugeneracijske solidarnosti su jedan od načina aktivnog uključivanja starijih osoba u zajednicu, te suradnje i suživota *starih* i *mladih*. Poticanje ovih modela kao i poticanje starijih osoba da što više sudjeluju u aktivnostima lokalne zajednice, dovodi do bolje socijalizacije, širenja socijalne mreže i preveniranja socijalne isključenosti starijih osoba. Ovi modeli predstavljaju dobrobiti za obje skupine, jer se na ovaj način omogućava razmjena informacija i iskustava između dvije generacije, kao i podizanje svijesti o doprinosu starijih osoba društvu, te korištenje znanja i potencijala koje posjeduju stare osobe, za cjelokupnu dobrobit zajednice.

7. ZAKLJUČAK

Starenje je proces kojeg niko ne može izbjeći. Svakim danom sve je veći broj osoba starije životne dobi. Promjene koje se javljaju tokom procesa starenja mijenjaju samu osobu, a zbog njih se na osobe starije životne dobi gleda na drugačiji način. Mlade osobe imaju kriva pogrešna mišljenja i stavove o osobama starije životne dobi. Stoga se javlja diskriminacija osoba na temelju starosne dobi.

Osobama starije životne dobi se nije lako prilagoditi i pomiriti s promjenama koje nosi starost, a još im je teže ako ih društvo diskriminira. Sve se više počelo govoriti o diskriminaciji osoba starije životne dobi. Kako bi se smanjila diskriminacija, potrebno je da svaka osoba krene od sebe, da mijenja vlastite stavove o osobama starije životne dobi. Isto tako, važno je educirati javnost kako je proces starenja normalan te ih upoznati s brojnim promjenama koje se javljaju tokom starenja. U tome može pomoći socijalni radnik i zdravstveni radnik. Medicinska sestra/tehničar većinu vremena provede uz bolesnika. Važno je da svakoj osobi pristupi individualno bez obzira na starost, rasu, spol. Socijalni radnik putem televizijskih emisija, seminara, edukacija zajedno sa zdravstvenim radnicima, trebaju educirati stanovništvo da su osobe starije životne dobi dio društva, koji isto tako treba našu pomoć. Na takav način, može se promijeniti pogled na osobe starije životne dobi. U borbi protiv diskriminacije značajnu ulogu imaju i same osobe starije životne dobi koje vlastitim educiranjem i brigom o svojem zdravlju potiču društvo na promišljanje i mijenjanje stavova o osobama starije životne dobi. Na osnovu istraživanja, mišljenja mladih o osobama starije životne dobi, i dobivenih rezultata, možemo potvrditi hipotezu koja glasi: *Mlade osobe vrše diskriminaciju osoba na temelju starosne dobi, s obzirom na njihovu kvalitetu života, njihov socijalni status ili položaj u društvu.*

Ono što bi u budućnosti bilo dobro jeste da se istraživanje sprovede na većem broju ispitanika, različitih usmjerenja i zanimanja. Također, bi bilo važno u budućem istraživanju ispitati i stavove starih osoba o njihovoj diskriminaciji u društvu, kao i njihovo razmišljanje, šta oni mogu učiniti, da se promjeni stav o njima, i da mlade osobe doživljavaju starije članove društva kao aktivne, korisne i poželjne osobe u svom okruženju. Neovisno o kronološkoj dobi, svaki čovjek može imati svoju ulogu u zajednici i zadovoljavajuću kvalitetu života. Poenta je u tome da se iskoriste svi potencijali u vlasništvu jedne osobe i u njenim poznim godinama. Starije osobe imaju pravo i dalje rasti i razvijati se, jer nikada nije kasno za promjenu, pa ni u starosti.

LITERATURA

1. Hodoba, D., Muačević, V. i sur. (ur.); (1995.) Psihički poremećaji stare životne dobi. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada,
2. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2025. Pristupljeno 21.2.2025. <<https://enciklopedija.hr/clanak/diskriminacija>>.
3. I. Nejašmić, A. Toskić (2013) Starenje stanovništva u Hrvatskoj- sadašnje stanje i perspektive, Hrvatski geografski glasnik, vol. 75, br. 1, 2013., str. 89-110, Dostupno dana 11.03.2024. na: <https://hrcak.srce.hr/105890>
4. I. Nejašmić (2013): Demografsko starenje na hrvatskim otocima, Institut za migracije i narodnosti, vol. 29, br. 2 str. 141-168, Dostupno dana 17.03.2024. <https://www.researchgate.net/publication/280927876>,
5. Lj. Broz, M. Budisavljević, S. Franković, T. Not (2009): Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb,
6. M. Laklija, S. Rusac, N. Žganec (2008): Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i zemljama Europske Unije, Revija za socijalnu politiku, vol. 15, str. 171-188, Dostupno dana 12.03.2024. na: <https://hrcak.srce.hr/30355>;
7. Ministarstvo socijalne politike i mladih, Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020., Zagreb,
8. Sulejman, K. Adem, S., Samir. P., (2022) Kompendij gerijatrije, geroprofilakse sa gerijatrijskom zdravstvenom njegom, Bihać,
9. S. Jedvaj, A. Štambuk, S. Rusac (2014): Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti, vol 1., br. 1. str. 135-154, Dostupno dana 11.03.2024. na: <https://hrcak.srce.hr/177570>,
10. Sunčana. R, Tatjana. B, Nikolina. B, (2005) MEDICUS, Vol. 14, No. 2, 313 - 322 7, Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj,
11. UN DESA (2013) – Internet: <https://www.un.org/development/desa/en/news/2013>, preuzela 18.11.2024.
12. UN DESA (2015) – Internet: <https://www.un.org/development/desa/en/news/2015>, preuzela 18.11.2024.

Prilozi

Upitnik – Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH



Referentni centar Ministarstva zdravlja RH
za zaštitu zdravlja starijih osoba
Služba za javnozdravstvenu gerontologiju
www.stampar.hr/gerontologija



TEST – SKALA O ZNAČENJU VAŠEG STAVA O STARIJOJ OSOBI (semantički diferencijal)

UPUTE: Molimo označite križicom mjesto na lijevoj ili desnoj strani skale koje odgovara značenju Vašeg stava o starijoj osobi!

STARIJI ČOVJEK JE:

BOLESTAN		ZDRAV
BOGAT		SIROMAŠAN
NEUREDAN		UREDAN
DEBEO		MRŠAV
NEPOKRETAN		POKRETAN
MARLJIV		LIJEN
BESKORISTAN		KORISTAN
PSIHIČKI SAMOSTALAN		~~PSIHIČKI~~ NESAMOSTALAN
OVISAN O TUĐOJ POMOĆI		NEOVISAN O TUĐOJ POMOĆI
AKTIVAN		PASIVAN
ZABORAVAN		DOBRO PAMTI
DRUŠTVEN		OSAMLIJEN
LIJEP		RUŽAN
ISKUSAN		NEISKUSAN
USPOREN		UBRZAN
MRZOVOLJAN		RASPOLOŽEN

Izvor: Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NIZ „Dr. Andrija Štampar” –
Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba
www.stampar.hr/gerontologija



Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" • Almgrovska cesta 16 • HR-10000 Zagreb
Tel.: +385 1 46 96 111 • Fax: +385 1 44 14 006 • info@stampar.hr • www.stampar.hr
CIB: 33392005961 • ISSN: HR 3023400091100159915, PIBZ d.d. Zagreb

DEMOGRAFSKE I EKONOMSKE POSLJEDICE STARENJA STANOVNIŠTVA BOSNE I HERCEGOVINE

Apstrakt

U radu se istražuje starenje stanovništva i izazovi povezani sa ovim trendom. Starenje stanovništva je jedna od osnovnih demografskih karakteristika. Ovo je najveći izazov u našem regionu u kontekstu depopulacije. Udio starijih osoba (65+) u Bosni i Hercegovini je u prosjeku EU, dok je udio (80+) ispod prosjeka EU (BiH=0,44%). Niže rangiranje po ovom drugom pokazatelju rezultat je veće razlike u mortalitetu najstarijih osoba u odnosu na zemlje EU i specifičnosti kohortnih fluktuacija u BiH.

Starenje stanovništva u BiH se prije svega duguje smanjenju fertiliteta (starenje od baze starosne piramide). Stopa ukupnog fertiliteta (SUF) se od preko **5,0** 1950.-tih, svela na svega **1,3** u 2023. godini (rađanje djece po ženi). Za razliku od očekivanog trajanja života pri rođenju, koje je u BiH kontinuirano raslo, očekivano trajanje života starijih (65+) praktično je stagniralo tokom druge polovine 20. vijeka. Starenju stanovništva u BiH su doprinijele i **migracije**. Tokom devedesetih 20. vijeka zemlju je napustilo više od **1** miliona ljudi, ali se nikada nije vratilo njih 527.000. Emigracija je nastavljena i u narednom periodu, te je od 1991-2023., BiH ostala bez **1.472.000** stanovnika, odnosno za preko 1,3 miliona samo putem migracija. Ekonomske posljedice starenja se analiziraju u kontekstu povećanja potrošnje i smanjenja štednje u kasnijim fazama životnog ciklusa, smanjenja i starenja radne snage i potencijalnog usporavanja rasta produktivnosti rada. Drugi faktor je na održivosti javnih finansija. Empirijsko istraživanje o uticaju starenja na ekonomski rast nisu jednoznačni. Smanjenje fertiliteta rezultira u smanjenju stanovništva i *outputa*, dok produženje očekivanog trajanja života dovodi do njihovog povećanja, s tim da oba scenarija na srednji rok utiču pozitivno na BDP po stanovniku, čiji se nivo na dugi rok stabilizuje. Starenje stanovništva i visoki javni rashodi za penzije, najveći u okviru socijalnog sektora, podstakli su brojne reforme javnih penzionih sistema u razvijenim zemljama.

Ekonomika starenja je akcenat uticaja starijih stanovnika na ekonomiju. Stariji stanovnici imaju značajan uticaj prvenstveno kroz penzioni i zdravstveni sistem. Rezultati istraživanja pokazuju da zemlje koje ne provode pravovremene reforme rizikuju sporiji ekonomski rast i povećane fiskalne pritiske. U zaključku se predlažu strategije koje uključuju podsticanje aktivnog starenja i prilagođavanje socijalnih politika.

Ključne riječi: starenje, migracije, smrtnost, fertilitet, socijalna politika

¹ Redovni profesor Demografije, EUBD

Abstract

The paper explores the aging of the population and the challenges associated with this trend. The aging of the population is one of the basic demographic characteristics. This is the biggest challenge in our region in the context of depopulation. The share of elderly people (65+) in Bosnia and Herzegovina is in the EU average, while the share (80+) is below the EU average (BiH=0.44%). The lower ranking according to this second indicator is the result of a greater difference in the mortality of the oldest persons compared to EU countries and the specificity of cohort fluctuations in BiH.

The aging of the population in Bosnia and Herzegovina is primarily due to the decrease in fertility (aging from the base of the age pyramid). The total fertility rate (TFR) has decreased from around 5.0 in the 1950s to only 1.3 in 2023. In contrast to the life expectancy at birth, which has been continuously increasing in Bosnia and Herzegovina, the life expectancy of the elderly (65+) practically stagnated during the second half of the 20th century. To a lesser extent, migration also contributed to the aging of the population in Bosnia and Herzegovina. During the nineties of the 20th century, more than 1 million people left the country, but 527,000 of them never returned. Emigration continued in the following period as well, and in the period 1991-2023, BiH lost 1,472,000 inhabitants, that is, over 1.3 million through migration.

The economic consequences of aging are analyzed in the context of increased consumption and reduced savings in the later stages of the life cycle, the reduction and aging of the labor force, and the potential slowdown in labor productivity growth. Another factor is the sustainability of public finances. Empirical research on the impact of aging on economic growth is not unambiguous. A decrease in fertility results in a decrease in population and output, while an increase in life expectancy leads to their increase, with both scenarios having a positive impact on GDP per inhabitant in the medium term, whose level stabilizes in the long term.

Population aging and high public expenditures for pensions, the largest within the social sector, have encouraged numerous reforms of public pension systems in developed countries.

The economics of aging is an emphasis on the impact of the elderly population on the economy. Older residents have significant influence primarily through the pension and health systems.

The research results show that countries that do not implement timely reforms risk slower economic growth and increased fiscal pressures. In the conclusion, strategies are proposed that include encouraging active aging and adapting social policies.

Key words: aging, migration, mortality, fertility, social policy

UVOD

Starenje je prirodan proces u životu svakog živog organizma. U svakoj fazi života ljudi imaju priliku razvijati se i napredovati. Životne dobi su pojedine faze u procesu normalnog rasta i razvoja ljudskog organizma, u fizičkom, etološkom, morfološko-anatomskom i mentalnom pogledu.

Starenje se može definisati kao univerzalan biološki proces obilježen nepovratnim promjenama fizioloških funkcija cijelog organizma. Posljedica je "međudjelovanje gena i životnih faktora, odnosno životnog stila" (Ostojić i Pereza, 2006). Biološki gledano, starenje čovjeka počinje pri začetku organizma ili rođenju¹, jer su podjela stanica i rast tada najbrži i postepeno se usporavaju kako vrijeme prolazi. Drugim riječima, starenje počinje i odvija se srazmjerno povećanju vjerovatnosti prirodne smrti. Razumijevanje pojma starosti i procesa starenja pomaže kada je u pitanju afirmacija onih obrazaca ponašanja koji su alternativa dotadašnjem jednostranom, stigmatiziranom i povremeno segregacijskom stavu, usmjerenom na osobe starije od 65 godina (Štifanić, 2003).

Dosad je predloženo preko 300 teorija starenja kojima se pokušava objasniti priroda i bit ovog kompleksnog procesa (Ostojić i Pereza, 2006). Mnoge se od njih međusobno razlikuju, ali tek u ponekom diskutabilnom detalju. U osnovi svake teorije starenja pokušaj je objašnjenja uzroka starenja koji se tiče mehanizma, programiranja i dinamike starenja. Uglavnom se tu radi o biološkim teorijama koje razmatraju promjene kromosoma, nukleinskih kiselina, starenje stanica, organa i kompletnog organizma.

Biološke teorije starenja imaju najširu podršku jer su utemeljene na promjenama u evoluciji te staničnom nivou. Prve savremene naučne teorije starenja razmatrao je 1882. godine njemački evolucioni biolog (židovskog porijekla) August Weismann. On je odlučujuću ulogu u procesu starenja pripisao trošenju tkiva i stanica tokom života. Glavna je pretpostavka da se u organizmu tokom života nakupljaju određene štetne stari i drugi sekundarni produkti koji se nakupljaju u stanicama, zasićuju ih štetnim elementima te one odumiru. Teorije o neurološkim odrednicama procesa starenja počivale su na uočenom smanjenju lučenja hormona tokom ontogeneze (Perlmutter i Hall, 1992).

Fiziološke promjene u procesu starenja najšire su proučavane na sisavcima, jer njima pripada i čovjek, i zato što postoji uočljiva sličnost u procesu starenja ljudi i primata. Najuočljivije promjene tokom starenja sisavaca su: opadanje intenziteta baznog metabolizma, smanjenje standardne tjelesne mase živih stanica i kostiju, postepeno smanjivanje pokretljivosti. Tokom starenja, reprodukcioni potencijali postepeno opadaju, ali se mogu održavati sve do (starosne) smrti (Despo –Lučanin, 2003).

Genetički okviri metaboličkih procesa, patogeni faktori i elementi kulture življenja, mogu indukovati preuranjeni početak ovo procesa.

1. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

Za potrebe ovog istraživanja korišćeni su primarni i sekundarni podaci. Sekundarni podaci dobijeni su iz dostupne literature vezane za samu temu, te su korišćeni postupci sinteze, analize i interpretacije podataka pronađenih u literaturi.

Zbog manjkavosti migracione statistike za procjenu migracionog salda, vršena su određena izračunavanja, uglavnom primjenom određenih demografskih modela, u ovom slučaju "bazne jednačine", odnosno "jednačine ravnoteže". U popisu 2013. godine prvi put je za utvrđivanje ukupnog broja stanovnika primijenjen koncept „uobičajenog stanovništva“, ali njime su obuhvaćene i osobe koje žive i rade u inostranstvu, koje su se u vrijeme popisa "zatekle" u svojim prebivalištima u Bosni i Hercegovini. Utvrđeno je da je BiH na taj način dobila oko 196.000 stanovnika više. To je slično kao što su se u popisu 1991. lica na privremenom radu u inostranstvu vodila kao dio ukupnog stanovništva.

Ako je godišnja stopa prirodnog priraštaja stanovništva negativna ($-4,61\text{‰}$), tada se broj stanovnika određene teritorije upolovljuje za 150 godina. Stopi od $-9,2\text{‰}$ odgovara period od 75, a stopi od $-13,7\text{‰}$ period od 50 godina. Ako je stopa prirodnog priraštaja stanovništva $-27,35\text{‰}$, tada se broj stanovnika dvostruko smanji, odnosno upolovi za 25 godina, tj. za jedan generacijski period. I obrnuto, ako je stopa prirodnog priraštaja, na primjer, $35,26\text{‰}$, tada će se broj stanovnika udvostručiti za 20 godina. Godišnjoj stopi od $6,96\text{‰}$ odgovara period udvostručenja za 100 godina, stopi od $3,47\text{‰}$ od 200 i $1,39\text{‰}$ period od 500 godina. Kvantitativno-dinamički model promjena broja stanovnika (za suprapopulaciju) dobija se po obrascu: $r = (\sqrt{2}-1) \cdot 1000$ и $r = (\sqrt{0,5}-1) \cdot 1000$ za depopulaciju.

Ljudski razvoj je taj koji treba da da odgovor na demografske promjene. To je proces širenja mogućnosti i izbora koji stoje pred ljudima.

BiH je potrebna Strategija koja će omogućiti dugoročnu demografsku revitalizaciju zemlje i ekonomski razvoj koji će omogućiti pravilnu distribuciju bogatstva..

Krajem osamdesetih godina prošlog vijeka BiH ulazi u jednu od specifičnih faza svog demografskog razvoja. Promijenjen je obrazac obnavljanja stanovništva (ispod nivoa za prostu reprodukciju), a potom dolazi i do ratnih dešavanja, koja su posebno pogodila demografska kretanja.

2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I ANALIZA

Proces **demografskog starenja** povezan je sa procesom demografske tranzicije. Demografsko starenje posmatra se prvenstveno u razvijenim zemljama, koje se nalaze u posttranzicionoj etapi

razvoja stanovništva u kojoj je nivo fertiliteta vrlo nizak, pa je povećanje starog stanovništva u njima određeno većinom samnjivanjem mortaliteta. Riječ je o posttranzicionoj etapi procesa demografske tranzicije uslovljenoj **modernizacijom društva** i društveno-ekonomskim razvojem.

Objašnjavajući proces demografskog starenja, demografi najveću pažnju posvećuju porastu udjela starijeg stanovništva, kasnijem formiranju porodice, te nižim stopama nataliteta i mortaliteta.

Ekonomska i socijalna politika koja se mora prilagoditi ovim trendovima pod jakim je uticajem starenja zbog povećanog broja zavisnog stanovništva.

Istraživanja pokazuju da sve manji broj aktivnog stanovništva iz radnog kontingenta izdržava sve veći broj starih i djece van radnog kontingenta. Posmatrajući demografsko starenje sa stajališta BiH, starenje dijeli sudbinu većine razvijenih zemalja a da će takvi trendovi nastaviti i u budućnosti.

Zbog boljih životnih uslova, napretka informaciono-komunikacione tehnologije, te medicine, postoji trend kontinuiranog povećanja broja stanovnika na Zemlji, što u konačnom rezultira povećanjem potrošnje resursa. U pogledu svjetskog stanovništva, Zemlja je simboličkog 8-milijarditog stanovnika, tj. stanovnicu dobila u novembru 2022., na Filipinima.

Projekcije Ujedinjenih nacija pokazuju da bi globalno stanovništvo moglo porasti na oko 8,5 milijardi 2030. godine, 9,7 milijardi 2050. godine i 10,4 milijarde 2100. godine (UN, 2022). Rast stanovništva djelimično je uzrokovan smanjenjem nivoa smrtnosti, što se odražava u povećanju kvaliteta života, te očekivanog trajanja života.

Održivi **visoki fertilitet** i brz rast stanovništva predstavljaju izazove za postizanje održivog razvoja. Sve više djece i mladih želi ostvariti svoje pravo na adekvatno obrazovanje, što stvara napore da se ono i osigura na zadovoljavajućim nivoima kvaliteta. Za zemlje sa visokim fertilitetom, postizanje ciljeva održivog razvoja, posebno onih koji se odnose na zdravlje, obrazovanje i pol, vjerovatno će ubrzati prelaz prema nižim stopama nataliteta i sporijem rastu stanovništva (Ezeh i sar., 2020).

Tabela 1. Prirodno kretanje stanovništva BiH (1950-2023)

Godina	Stopa <i>n</i>	Stopa <i>m</i>	<i>SUF</i>	<i>Indeks starenja</i>
1952.	38,5	14,4	5,34	10,5
1962.	31,7	9,2	3,65	12,9
1972.	21,5	7,0	2,72	14,7
1982.	17,7	6,4	2,03	21,0
1991.	14,9	7,2	1,89	38,1
2023.	9,1	12,0	1,29	143,4

Izvor: Autorovo izračunavanje na osnovu podataka demografske statistike, Agencija za statistiku BiH, 2024.

Indeks starenja (1952-1991) računat je po tada važećim indikatorima mladi 0-19, stari 60+, što u osnovi daje isti rezultat kao i po novoj metodologiji (mladi 0-14, stari 65+).

Dakle, očigledne promjene u prirodnom kretanju stanovništva BiH su prisutne još od šezdesetih godina 20.vijeka kada je u BiH krenula **demografska tranzicija** (preobražaj). Ove promjene su se već istovremeno odražavale i na starenje stanovništva, uticajem fertiliteta i mortaliteta, uz migracije koje su povećane baš u tom periodu, otvaranjem granica BiH ka drugim zemljama. Stope rasta stanovništva značajno se razlikuju među zemljama i regijama. U 2022. godini dvije najnaseljenije regije bile su u Aziji: Istočna i Jugoistočna Azija sa 2,3 milijarde ljudi (29 % svjetske populacije), te Središnja i Južna Azija sa 2,1 milijardom (26 %) (Alkema, 2020). Kina i Indija, sa više od po 1,4 milijarde, čini većinu stanovništva u ove dvije regije.

Više od polovine predviđenog povećanja globalne populacije do 2050. biće koncentrirano u samo osam zemlja: Demokratska Republika Kongo, Egipat, Etiopija, Indija, Nigerija, Pakistan, Filipini i Ujedinjena Republika Tanzanija. Različite stope rasta među najvećim svjetskim zemljama promijenice svoje redosljede prema veličini. Predviđanje Ujedinjenih naroda iz 2022. godine, da će Indija nadmašiti Kinu kao najmnogoljudnija zemlja svijeta tokom 2023. godine, ostvarilo se. Očekuje se da će zemlje subsaharske Afrike nastaviti rasti do 2100. i doprinosti s više od polovine očekivanog povećanja globalne populacije do 2050. godine (Ezeh i sar., 2020).

Istovremeno stanovništvo Australije i Novog Zelanda, Sjeverne Afrike i Zapadne Azije i Okeanije (bez Australije i Novog Zelanda) doživjeće sporiji, ali još uvijek pozitivan rast do kraja stoljeća, dok će populacije Istočne i Jugoistočne Azije, Srednje i Južne Azije, Latinske Amerike i Kariba, Evrope i Sjeverne Amerike dostići svoj maksimum i početi pad prije 2100. godine (Alkema, 2020).

Današnja **razvijena društva** tek uz snažnu državnu intervenciju mogu osigurati relativno stabilan brojčani odnos u starosnoj strukturi mladog i starijeg stanovništva. Nema dvojbe da u današnjim razvijenijim društvima djeluju brojni faktori koji podstiču trend smanjivanja fertiliteta.

U situaciji nedostatne institucionalne podrške kojom se kompenzuju troškovi podizanja djece, teško je očekivati porast broja rođenih u BiH. Finansijskom podrškom i širenjem institucionalne podrške, onima koji podižu djecu postiže se dvostruki efekat. Povećava se potencijalna ponuda radne snage i oblikuje se pozitivno okruženje orijentisano na djecu.

Veći broj sveobuhvatnih **istraživanja** provedenih u BiH utvrdio je nekoliko ključnih faktora koji utiču na imanje manjeg broja djece od željenoga broja, ili odustajanje od braka i djece. Pokazalo se da veliki uticaj imaju neriješeni egzistencijalni problemi mladih, kako onih koji su već u braku tako i onih koji bi se trebali odlučiti na brak i djecu. One najvažnije su, da mladi sa prosječnim primanjima ne mogu sebi priuštiti stan, decenijama je veliki problem dug rad na određeno i sa time povezana egzistencijalna nesigurnost, tu su i nedovoljni kapaciteti u

jaslicama i vrtićima, koji su uz to negdje i preskupi za one sa nižim primanjima, a onda se javlja i problem nedovoljne finansijske podrške za podizanje djece...

Istraživanja iz područja **socijalne politike** pokazala su da BiH bitno zaostaje po ulaganju u djecu i porodicu u odnosu na razvijene evropske zemlje, ali i u odnosu na neke zemlje približnog nivoa razvijenosti.

Već se decenijama ponavljaju pogrešne tvrdnje da BiH slijedi **evropske demografske trendove**. Često se javljaju i naučnici iz drugih područja koji hoće da ostave dojam izvrsne upućenosti u sve i svašta i komentarišu demografske trendove u Evropi i uporno ponavljaju pogrešne tvrdnje da BiH slijedi evropske demografske trendove. Tako u javnost unose pometnju. Neke evropske zemlje imale su prirodno smanjenje i negativan saldo migracija, ali su nakon provođenja niza mjera ne samo zaustavile, nego i preokrenule taj trend. Rezultati nisu kolosalni, ali je zaustavljeno dalje demografsko srozavanje. Osvrnimo se na period od 2013. do 2023. Prema Statističkom uredu Evropske unije 17 zemalja EU-a imalo je porast broja stanovnika u rasponu od 23 posto (Malta) do 0,4 posto (Slovačka). U tom periodu broj stanovnika u Irskoj porastao je za 10 posto, u Švedskoj za 9,4 posto, u Francuskoj za 3,5 posto, u Njemačkoj za 3,4 posto... Deset zemalja EU-a ima u istom periodu smanjenje broja stanovnika u rasponu od 9,4 posto (Hrvatska) do 1,1 posto (Italija). Najjednostavniji i svima dostupni osnovni demografski podaci pokazuju da BiH ulazi u malobrojnu grupu sa zemljama EU-a sa najlošijim demografskim kretanjima. BiH je i u toj grupi sa smanjenjem ukupnoga broja stanovnika daleko najlošija. U analiziranom vremenskom horizontu (2013. – 2023.) BiH je zabilježila daleko najveći pad ukupnog broja stanovnika (1991/2023. oko 33%).. Svim zemljama zajedničko je **demografsko starenje**, tj. rast broja i udjela starog stanovništva u ukupnom stanovništvu, ali intenzitet promjena nije isti. Osim što neke imaju pozitivan prirodni priraštaj, ekonomski razvijenije zemlje istovremeno privlače i zadržavaju mnoštvo poželjnih imigranata sa porodicama i time podmlađuju starosnu strukturu i tako usporavaju proces starenja i istovremeno popunjavaju tržište radne snage. Prema tome pogrešno je ono što govore neki naši naučnici iz drugih naučnih područja, ali i političari u vrijeme kada obavljaju vlast, provlačeći time stereotip da smo svi u istim demografskim problemima.

Tabela 2. Demografski trendovi u BiH 1991./2023. “otvorena populacija”

	Broj stanovn. 1991.	Broj stanovn. 2013.	Nerezid. 2013.	Prir.prir. 2013-2023.	Migr.sal. 2013-2023.	Depopulacij . 1991-2023.	Broj stanovn. 2023.
Bosna i Hercegov.	4.377.033	3.531.159	-196.000	-115.643	-315.260	-1.472.777	2.904.256

Izvor: Pašalić, S. (2024): Izračunato jednačinom ravnoteže, na osnovu podataka popisa stanovništva 2013..i demografskih biltena vitalne statistike 2013-2023., Agencija za statistiku BiH; Istraživanje: OECD), 2020.(spoljne migracije).

Demografski faktori direktno i indirektno utiču na ekonomski potencijal neke zemlje.

Wertheimer-Baletić (1999) kaže kako stanovništvo predstavlja važnu odrednicu ekonomskog razvoja ne samo preko promjena što nastaju u ukupnom broju stanovnika, već i preko promjena koje nastaju u pojedinim strukturama stanovništva.

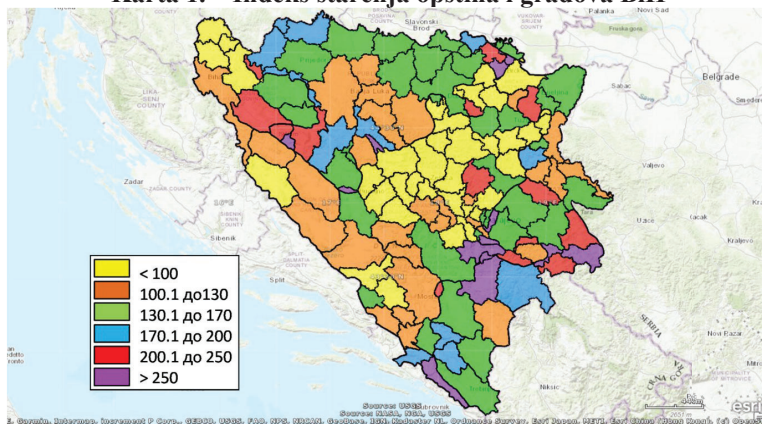
Ako se analizira promjena udjela stanovništva do 15 godina i odnosa na stanovništvo starije od 65 i više godina koristi se **indeks starenja**, koji pokazuje odnos starog prema mladom stanovništvu.

Konačno, demografsko starenje možemo definisati i kao proces bržeg povećanja broja i udjela starog stanovništva (65+) u odnosu na radno sposobno stanovništvo, odnosno radni kontingent (u starosti od 15-64).

Tabela 3. Indeks starenja stanovništva BiH

	Broj stanov. <i>P</i> (65+)	Broj stanov. <i>P</i> (0-14)	Indeks starenja <i>i_s</i>
BiH	609.893	425.206	143,43

Karta 1. – Indeks starenja opština i gradova BiH



Izvor: Pašalić, S. (2024). Recentna demografska kretanja u BiH, ANUBiH, Sarajevo

Indeks starenja (i_s) je odnos između starog (65+) i mladog (0-14) stanovništva, čija je kritična vrijednost 0,4 ili 40%. Stanovništvo gdje taj odnos ima veće vrijednosti karakteriše starenje. BiH pripada tipu D, odnosno sa dubokom starošću. Značaj indeksa starenja je u tome što on ukazuje na odnos između starog i mladog stanovništva, naglašavajući važnost mladog stanovništva i faktora koji utiču na njegovu brojnu vrijednost. Indeks starenja stanovništva BiH 2013.godine iznosio je 97,04, dok je deset godina kasnije bio **143,43** (tri i po puta veći od optimalnog).

Pouzdan pokazatelj starenja stanovništva je **koeficijent starosne** zavisnosti. Demografsko starenje stanovništva ima mnoge nepovoljne efekte na odnose aktivnog i neaktivnog stanovništva, aktivnih osiguranika i broja penzionera, strukturnu potrošnju i javnih rashoda. Ukoliko je udio starog stanovništva u ukupnom broju veći od 7%, smatra se da zemlja ima staro stanovništvo (Wertheimer-Baletić 1999). Visoko razvijene zemlje se već decenijama suočavaju sa starenjem stanovništva i negativnom stopom prirodnog priraštaja.

Zavisnost od starosti (65+) i radno aktivnih (20-64) znatno se povećava u BiH. U tom kontekstu govori se o potencijalima za različite reforme koje se tiču structure radne snage. Takođe, računa se i na podizanje starosne granice za odlazak u penziju. Međutim, uključivanjem i drugih uticaja, osim demografskih, odrediće krajnju demografsku održivost BiH.

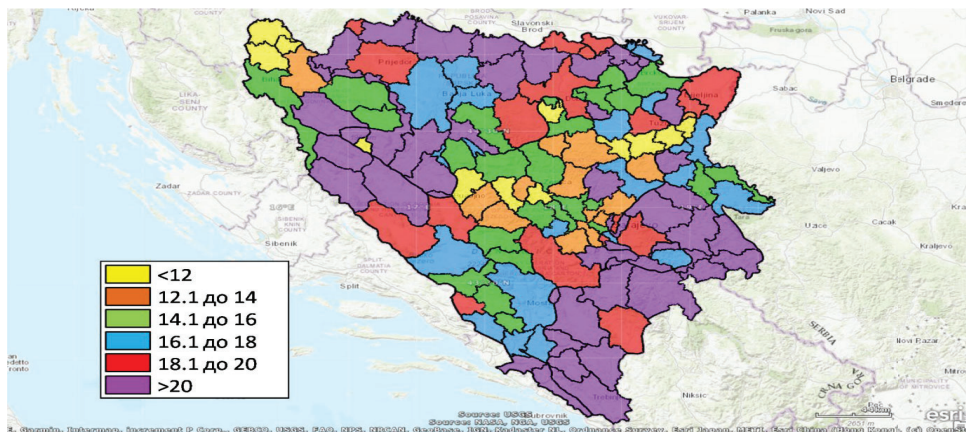
U BiH (vidi kartu 2) vrijednost udjela strog stanovništva na nižim teritorijalnim nivoima pokazuje disparitet, sa određenim odstupanjima.

Indikator T (vremenska razlika između dvije generacije, ustvari između majki i kćerki) je **28,87** godina, a očekivano trajanje života pri rođenju žene je 80,0 godina, a za muške 74,34, odnosno prosjek je 77,15 godina. Ovaj indikator potvrđuje proces starenja stanovništva u BiH (Pašalić, 2020).

Tabela 4. Koeficijent starosti stanovništva opština/gradova BiH

		Broj stanovnika <i>P</i>	Broj stanovnika 65+ godina	Koeficijent starosti
Bosna i Hercegovina		2.904.256	609.893	20,99

Karta 2 - Udio starog stanovništva opština/gradova BiH



Izvor: Autorska izrada u GIS-u, na osnovu procjene broja stanovnika BiH **otvorena populacija, jednačinom ravnoteže, 2024.

Ekonomska i socijalna politika koja se mora prilagoditi ovim trendovima je pod jakim uticajem starenja zbog povećanog broja zavisnog stanovništva.

Istraživanja pokazuju da sve manji broj aktivnog stanovništva iz radnog kontingenta izdržava sve veći broj starih i djece izvan radnog kontingenta.

Ako pokušamo da sagledamo posljedice sa kojima će se suočiti buduće generacije u BiH, na osnovu stanovništva, može se sa sigurnošću tvrditi da će se na duži rok posmatrano niskonatalitetna područja suočiti sa vrlo izraženom depopulacijom i starenjem stanovništva.

Tabela 5. Koeficijent opterećenosti stanovništva BiH

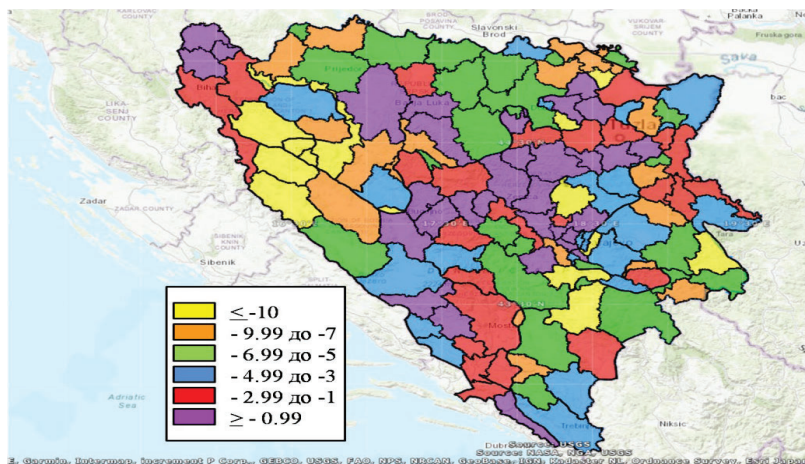
Brojs stanovnika	Broj st. 0-14	Broj st. 15-64	Broj st. 65+	Koeficijent optereć.
2.904.256	425-206	1.869.157	609.893	55,38

Izvor: Autorsko izračunavanje na osnovu podataka demografske statistike, Agencija za statistiku BiH, Sarajevo, 2024.

Sa razvojnog aspekta se u tom kontekstu kao osnovna postavljaju pitanja ne toliko smanjenja broja stanovnika, već demografskog starenja, kao neminovne posljedice depopulacije koja nastaje u uslovima smanjenja rađanja.

Priložena karta svih opština/gradova BiH samo potvrđuje teze o depopulaciji i starenju stanovništva u BiH, sa vrlo izraženim disparitetima među nižim teritorijalnim jedinicama. Sa stanovišta održivog razvoja postavlja se pitanje da li će buduće generacije moći da izdrže teret koji nameće starenje stanovništva u domenu zdravstva, obezbjeđenja sredstava za penzije, te u domenu socijalne zaštite, posebno u opštinama koje su praktično u fazi demografskog izumiranja sa malobrojnim starijim stanovništvom (na primjer, Kalinovika, sa prosječnom starošću stanovništva od 54 godine). Ovo je još jedna potvrda uticaja fetiliteta, nataliteta, mortailteta i prirodnog priraštaja na proces starenja stanovništva u BiH.

Karta 3. Stope prirodnog priraštaja opština/gradova BiH



Izvor: Autorska izrada u GIS tehnologiji na osnovu podataka demografske statistike, Agencija za statistiku BiH, Sarajevo, 2024.

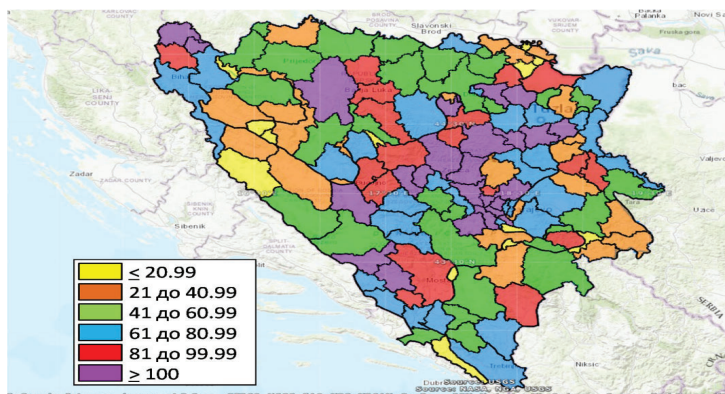
Stopa prirodnog priraštaja u BiH je negativna od 2007.godine (sa izuzetkom 2008) do danas, kao i u većini opština i gradova (vidjeti kartu broj 3).

Već se iz popisa stanovništva 2013. godine vidi kako BiH ima staru strukturu stanovništva. Zato je važno razmotriti **ekonomske aspekte** starenja, odnosno neposredan uticaj starijih stanovnika na ekonomiju. Najočitije, starenje prouzrokuje porast broja penzionera. Prema podacima (2023) BiH ima oko **738.000** penzionera, a **855.000** radnika (2024). Dakle, objektivno postoji opasnost izjednačavanja broja penzionera i broja zaposlenih (1,16 radnika na broj penzionera), a dugoročno to vodi ka neodrživosti penzionog sistema. Pri tome, važan je godišnji neto porast penzionera. Početkom devedesetih godina 20. vijeka u BiH je na jednog penzionera dolazilo blizu tri radnika, dok je sada povećana vjerovatnost siromaštva u penziji. Radi se o pritisku na cjelokupan penzioni i zdravstveni sistem. Kako ne bi osiromašila mnoge građane (penzionere), država već pokriva razliku penzionog fonda, kako bi se koliko toliko zadržalo dostojanstvo penzionog sistema.

Perspektive za bolji status se ne vide, jer nema dovoljno priliva rođenih, radne snage, te uz emigraciju, nastaviće se proces povećanja starije populacije. To potvrđuje i **vitalni indkes** stanovništva BiH (odnos broja rođenih i umrlih: $26451/34983=0,76$).

Višegodišnji kontinuitet većeg mortaliteta od nataliteta, te smanjenje broja stanovnika, uzrokuje pad zaposlenih zbog čega se javlja nedostatak novca u svim sistemima, pa tako i onima koji bi trebali omogućiti dostojanstvenu starost.

Karta 4. Vitalni indeks stanovništva BiH (opštine/gradovi)



Izvor: Autorska obrada u GIS-u, na osnovu podataka demografske statistike, Agencija za statistiku BiH, Sarajevo, 2024.

Vitalni indeks (odnos broja rođenih i umrlih) je **0,76** i nepovoljan je.

Ono što je zapravo ključno kada se razmatra rizik od siromaštva su socijalni kontakti i briga porodice za svoje najstarije članove. U BiH je duboko ukorijenjena svijest o brizi za druge, zbog čega ne izostaje kontakt sa roditeljima kada se penzionišu. Osim u socijalnom kontekstu, porodice se i novčano i materijalno brinu za najstarije članove.

ZAKLJUČAK

Starenje stanovništva predmet je zanimanja naučnika u brojnim područjima, a najpoznatije teorije starenja su one utemeljene na biologiji i prirodnim naukama. Osim njih, u ovom radu su razmotrene sociološke i druge teorije starenja. Može se zaključiti i kako je svojevrsan luksuz danas prirodno stariti, te kako sam proces starenja generiše velike neto prihode, pogotovo u farmaceutskoj industriji.

Što se tiče globalnih demografskih trendova, oni se mogu raščlaniti na tri glavna najveća: rast broja stanovnika, starenje stanovništva, migracije stanovništva. Svi ovi trendovi predstavljaju demografske izazove, a BiH nije izuzetak, te se takođe suočava sa problemima koji imaju svoj korijen upravo u dugoročnom nestrukturisanom pristupu populacionoj politici, te drugim makroekonomskim faktorima. Potrebno je preduzeti određene napore, te osmisliti i implementirati mjere koje će imati pozitivan efekat na cjelokupnu demografsku sliku BiH.

Postoje brojne industrije i sektori koji mogu dati svoj doprinos u kontekstu ekonomije, te ujedno unaprijediti kvalitet života starijih stanovnika i zaposlenih. Problem korelacije između procesa starenja stanovništva i ekonomske aktivnosti starijih osoba, čini se zanimljivim aktuelnim istraživačkim pitanjem koje bi trebalo produbiti i dalje analizirati, posebno kod sve bržih i nepovratnih promjena starosne strukture stanovništva. Budući da ovdje postoji veliki prostor za potencijalna istraživanja, značajniji naučni doprinosi kojim bi se ova područja objedinila, imali bi uticaj i u poslovnoj praksi. Prepuštanje demografskih procesa spontanim tokovima nedvojbeno će voditi daljem produbljivanju ekonomske i društvene krize, što predstavlja prijetnju sveukupnom razvoju. Da bi se usporio proces starenja stanovništva BiH i ublažile njegove posljedice, neophodno je povećati natalitet, smanjiti emigraciju, čime će se podstaći postepeno podmlađivanje starosnog sastava stanovništva BiH.

LITERATURA I IZVORI

1. Alkema, L. (2020). *The Global Burden of Disease fertility forecasts*: Summary of the approach used and associated statistical concerns. Available at
2. Despot - Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Naklada slap, Jastrebarsko
3. Dimock, M. (2016). *Global Migration's Rapid Rise*. Dostupno na: <https://www.pewtrusts.org/en/trend/archive/summer-2016/global-migrations-rapid-rise>
4. Ezeh, A., Kissling, F., Singer, P. (2020). *Why sub-Saharan Africa might exceed its projected population size by 2100*. The Lancet, vol. 396, Issue 10258, pp. 1131-1133. Available at
5. Ostojić, S.; Pereza, N. (2006). *Genetički pogled na teorije starenja*. Medicina, Sv. 42 (1)
6. Pašalić, S. (2020). *Demografski indikatori i GIS analiza BiH*. Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Pedagoški fakultet
7. Pašalić, S. (2021). *Recentna demografska kretanja, koliko djece treba Republici Srpskoj?* Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Pedagoški fakultet
8. Pašalić, S. (2024). *Republika Srpska – put do demografskog uspona*, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Pedagoški fakultet
9. Pašalić, S. (2017). *Uticaj demografskog starenja na ekonomski razvoj Republike Srpske*, Niš: Glasnik antropološkog društva Srbije br.52.
10. Pašalić, S. (2024) *Recentna demografska kretanja u BiH (2013-2024) i vekonomske determinante varijacija fertiliteta*, Sarajevo: Akademija nauka i umjetnosti BiH
11. Wertheiner-Baletić (1999) „Stanovništvo i razvoj“, Mate - Zagreb, Biblioteka Gospodarska misao, Zagreb, str. 655.
12. Štifanić, M. (2003). *Kulturološko – povijesni aspekti starenja i obolijevanja*. *Acta medico-historica Adriatica*. Sv. 1, str. 165-188.

Izvori:

- Agencija za statistiku BiH. Popis stanovništva BiH 2013., Sarajevo, 2016.
- Demografski bilteni vitalne statostike u BiH 2013-2023., Agencija za statistiku BiH
- Republički zavod za statistiku (RZRS). Popis stanovništva u Republici Srpskoj 2013. Banja Luka, 2016.
- Demografski bilteni 2013-2021., Republički zavod za statistiku (RZRS), Banja Luka, 2024.
- Strategic plan 2016-2020 – European Political Strategy Centre, Strategic plan for the European Political -Strategy Centre, setting out the department's vision for 2016-2020.
- Rođeni i umrli u Republici Srpskoj 2024, Republički zavod za statistiku, Banja Luka, 2024.
- Rođeni i umrli u Federaciji BiH, Federalni zavod za statistiku, Sarajevo, 2024.

ZLOUPOTREBA DEMENCIJE U POLITIČKE SVRHE *ISKUSTVA REPUBLIKE SRBIJE I BOSNE I HERCEGOVINE*

Sažetak

Dnevno politička dešavanja na prostorima Republike Srbije i Bosne i Hercegovine neretko sadrže čitavu paletu interesantnih pojava koja u značajnoj meri opravdavaju maksimu „Finis santificat media“. U svojoj borbi za uvećanjem biračkog tela, političke partije, pogotovo tokom predizbornog procesa, koriste najrazličitija sredstva kako bi obezbedile što je moguće veći broj glasova. Imajući u vidu okolnost da su biračka tela na prostoru Republike Srbije kao i Bosne i Hercegovine kako danas, tako i u nadolazećem vremenu, sve više sastavljena od staračkog stanovništva, naravno da se sve češće obraća pažnja na to da se ovaj deo populacije ubedi kako bi glasao za određenu političku organizaciju. Sa druge strane, starenje kao neminovan proces u životu svakog čoveka, sa sobom donosi niz različitih promena kako u fizičkom, tako i u mentalnom zdravlju pojedinca. Jedna u nizu promena jesu i demencije, pogotovo one koja se prepoznaju kod osoba starije životne dobi. Iako svaka starija osoba po pravilu nije dementna, ipak postoji određeni procenat onih koje to jesu i koje, usled toga, nemaju očekivano jasno kritičko razmišljanje i donošenje odluka, pa samim tim i donošenje odluka koje su u vezi sa političkim životom.

Ključne reči: Starost, demencija, političke partije, politički aktivizam

MISUSE OF DEMENTIA IN POLITICAL PURPOSES *EXPERIENCES OF THE REPUBLIC OF SERBIA AND BOSNIA AND HERZEGOVINA*

Summary

Daily political events in the area of the Republic of Serbia and the area of Bosnia and Herzegovina often contain numerous phenomena that justify the idiom „Finis santificat media“. Political parties, in their struggle for increasing the number of supporters, use the variety of methods to increase number of potential votes, especially during the election campaigns. It shall be considered as normal for the parties to concern for the issues of elderly population, due to the fact that the proportion of seniors in countries such as Bosnia and Herzegovina and Serbia is going to rise in the upcoming times. On the other hand, ageing is an essential process in the life cycle of an every man and comes with numerous changes in a physical and a mental health. One type of such changes is dementia, especially the one recognised on the aged person. Even though not every aged person has dementia, there is, in fact, a significant percentage of those ones who are and who, due to their condition, do not possess a clear critical thinking and are incapable of making decisions, including the decisions relevant with a political life.

Keywords: Ageing, dementia, political parties, political activism.

¹ Fakultet za evropske pravno-političke studije, Beograd

² Dom zdravlja Novi Sad, Novi Sad

Uvodne napomene

U ovom radu dotaći ćemo se pitanja koje samo na prvi pogled može izgledati kao manje značajno. Ipak, ako uzmemo u obzir samo neke od faktora, o kojima ćemo reći više reći u nastavku rada, lako ćemo doći do činjenice koja ukazuje na povezanost demencije i političkog aktivizma stanovništva kako u Republici Srbiji, tako i u Bosni i Hercegovini. Ono što na početku želimo da naglasimo je činjenica da društvo u ove dve novonastale države nakon raspada SFRJ, prolazi kroz ni malo prijatan proces, a to je da postaje „društvo staraca”. Naime, iz godine u godinu, imamo situaciju u kojoj se u obe države rađa sve manje dece, realnost da je stanovništvo sve starije i da samim tim imamo veći broj umrlih nego rođenih. Sa druge strane, politička scena u obe države, nakon raspada SFRJ i njenog jednopartijskog sistema, pretovorena je u pozornicu na kojoj svoje mesto pokušavaju da pronađu mnogobrojne političke organizacije sa namerom da participiraju u vlasti. Pogotovo tokom zakonom određenog vremena predviđenog za predizborne kampanje, vremena u kome je cilj privući što veći broj potencijalnih birača koji će glasati za neku od političkih stranaka ili pak ličnosti koje su se kandidovale na izborima, svedoci smo preduzimanja najrazličitijih, nekada etički veoma sumnjivih koraka zarad spomenutog cilja. Među koracima u političkoj borbi je pridobijanje glasača bez obzira na mentalno stanje u kome se oni nalaze.

Sa druge strane, prema statističkim podacima, u svetu godišnje oko 10 miliona ljudi proglašuje simptome demencije tako da ne treba biti začuđen postupkom Svetske zdravstvene organizacije (SZO) „da 2012. godine demenciju proglasi za javno-zdravstveni problem, a borbu protiv demencije za javno-zdravstveni prioritet” (Davidov-Kesar 22/02/2024). Kada govorimo o prostoru Bosne i Hercegovine, prema podacima iz 2023/2024. godine, broj osoba obolelih od demencije je veći od 150.000 (*Nemamo programe prevencije*, 05/04/2024). Prema statističkim podacima, u Republici Srbiji broj obolelih od ove bolesti kreće se oko 400.000 (Raca, 04/11/2019). Ukoliko obratimo pažnju na to da Republika Srbija, a pogotovo Bosna i Hercegovina rapidno ostaju bez stanovništva,³ te da je na izbore na svim nivoima iz godine u godinu izlazi sve manji broj birača, ne treba da čudi što političke partije, kako smo rekli, računaju i na glasove ovog dela populacije. Na primer, prema podacima iz 2024. godine u BiH je broj birača iznosio 3.213.970, broj biračkih mesta - 5.008, broj političkih subjekata - 87, a broj kandidata - 386 (*Lokalni izbori 2024* 15/11/2024). Izlaznost na izborima održanim 2024. godine u Bosni i Hercegovini iznosila je 47.72% (*Lokalni izbori* 06/10/2024). Što se tiče Republike Srbije na prvim višepartijskim izborima 9. decembra 1990. godine izašlo je više od 5.000.000 birača, to jest 71,49% od ukupno 7.036.303 upisana birača. Sa druge strane, na izborima održanim 3. aprila 2022. godine biračko pravo iskoristilo je 3.810.559 građana Srbije ili 48,93% (Kojić, 17/12/2023). Imajući u vidu trenutnu situaciju, ne treba da čudi što je na političkoj sceni u obe države primetna borba za svaki birački glas, pa samim tim i za glas onih čija je sposobnost samostalnog donošenja ne samo političkih, nego i drugih odluka krajnje upitna.

Nekoliko osnovnih napomena o demenciji

Medicinski posmatrano, demencija je primetno širok pojam o kome danas postoji značajan broj veoma kvalitetnih naučnih radova. Uzimajući u obzir granice ovog rada, ovom prilikom pažnju ćemo usredsrediti samo na one elemente demencije koje utiču na rasuđivanje kod osoba

³ Prema rezultatima popisa sprovedenog 2022. godine u Republici Srbiji živi 6.690.887 stanovnika. Kada je reč o Bosni i Hercegovini broj stanovnika se ne može precizno utvrditi jer poslednji popis obavljen je 2013. godine. Prema nezvaničnim podacima, te godine u Bosni i Hercegovini živelo je oko 3,5 miliona stanovnika. Pretpostavlja se da je 2023/2024 godine u ovoj državi oko 3 miliona stanovnika.

odraslog (Milovanović, 2021, 68), a pogotovo starijeg životnog doba. Naime, ako je nemoguće definisati „tipično” ponašanje starih osoba ono šta se može lako primetiti kod ovih pojedinaca je da „vremenom dolazi do slabljenja mehanizama samokontrole kao najosetljivijih mentalnih funkcija” (Lapčević, 2001, 19). Upravo ovaj momenat predstavlja bitan element koji želimo da naglasimo u ovom delu rada. Kao gubitak prethodnih mentalnih sposobnosti, pogotovo u domenu pamćenja, govora, ponašanja, orijentacije u prostoru i opažanja, pomenuto stanje se primećuje kod različitih oboljenja kao što su Alchajmerova bolest, vaskularna oboljenja, demencije sa Levijevim telima i frontotemporalne demencije, Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest... Statistički posmatrano kod osoba posle 65 godina života njih oko 5% proglašuje zaboravnost, a posle 80-te godine života preko 20% s tim što su nešto češće kod manje obrazovanih ljudi mada to nije pravilo jer, na primer, Alchajmerova bolest „pogađa sve društvene slojeve i nije vezana sa društvenim statusom, polom, etničkom grupacijom ili geografskim položajem” (Помоћ за оцође, 2021, 6). Osobe koje iz određenih razloga javljaju simptome demencije u svakom od stadijuma u svakom slučaju predstavljaju ličnosti kojima je potrebna određena vrsta nege i pomoći. Ovo se naročito odnosi na obolele od Alchajmerove bolesti (DAT) mada, naravno, ne treba zanemariti i demenciju kao deo nekog drugog degenerativnog ili psihijatrijskog porekla (Pavlović, Pavlović, 2002, 11). Bez obzira na to da li se simptomi demencije javljaju postepeno i pogoršavaju se tokom godina, ili se pak javlja iznenada, kao u slučaju moždanog udara ili ozlede mozga, zdravstveni radnici se susreću sa osobama koje javljaju poteškoće u domenu kratkotrajnog pamćenja (osoba obično zaboravlja nedavne događaje) i neretko govori o proživljenim situacijama iz dalje prošlosti. Prema skali stadijuma možemo govoriti o: 1) jedva primetnom stadijumu, 2) jako blagom stadijumu, 3) blagom stadijumu, 4) srednjem stadijumu, 5) ozbiljnom srednjem stadijumu, 6) ozbiljnom stadijumu i 7) jako ozbiljnom stadijumu (*Sedam stadija demencije*). Za temu o kojoj želimo govoriti važni su stadijumi demencije u skali od 3 do 7 jer, kako se može primetiti, imamo problem u zaboravnosti, zbunjenosti, manjku koncentracije, teškoćama u rešavanju testova kognitivnih sposobnosti, povećanju socijalne izolacije pa sve do nesposobnosti izgovaranja imena bliskih osoba (uz prepoznavanje lica), promenama u ponašanju, smanjenom osećaju doživljavanja okoline...

Pozicija dementnih osoba u društvu

Uvreženo je mišljenje da su dementne osobe svedene samo na boravak unutar određenog prostora i da se o njima obavezno neko brine. Ovo je donekle tačno jer takav tretman (trebalo bi da) imaju samo one osobe sa težim oblicima dok u blažim stadijumima bolesti, pogotovo pre nego što je ona primećena i dijagnostikovana, neretko je situacija drugačija. Mi se bezmalo svakodnevno susrećemo sa dementnim osobama pogotovo na javnim mestima, na različitim društvenim dešavanjima... Ova okolnost uvodi nas u pitanje kako i na koji način posmatrati njihovu poziciju u društvu? U blažim stadijumima bolesti oboleli su neretko funkcionalni, pogotovo motorički. Tek kada se malo pažljivije usredsredimo na njih, na njihovo ponašanje, na kvalitet njihovih misli i reči, mogu se primetiti znaci oboljenja o kome govorimo. Na žalost, kada je reč o uznapredovalim stadijumima demencije, nisu retke situacije da osobe, obavljajući različite svakodnevne poslove (odlazak u prodavnicu, odlazak na pijacu, šetnja gradom, prisustvo na različitim okupljanjima (svadbe, sahrane, kulturne priredbe i slično), putovanje javnim prevozom...) doživljavaju po njih manje ili više neprijatne situacije počev od naizgled bezazlenog ismevanja, pa do toga da budu prevarene, opljačkane, kidnapovane, fizički zlostavljane pa čak i ubijene. Zaista, u savremenom društvu, kada govorimo o državama nastalim raspadom SFRJ, jedna od izraženih karakteristika je i se sveopšti pad kvaliteta odnosa pojedinca prema starijim, bolesnim, hendikepiranim osobama. Mnogo je razloga zbog čega smo se kao društvo obreli u ovoj situaciji. Ovom prilikom dovoljno je pomenuti da savremeni, potrošačko-konzumeristički način života, često isključuje ne samo empatiju, nego i osnove

pristojnog ponašanja. Jedan od razloga za to upravo je egocentričnost koja se forsira kao mogućnost sticanja prednost nad drugima i kao nešto što podstiče na tzv. „život punim plućima”. U jednom takvom društvu, u društvu sa takvim sistemom vrednosti, ne samo dementne, nego uopšte osobe sa nekim hendikepom, neretko su najizloženi, pa samim tim i svojevrzne žrtve i gubitnici. Počev od porodice u kojoj neretko nemaju ne samo dovoljan oslonac, nego su doživljeni kao teret, dementne osobe imaju nebrojene, pa čak i egzistencijalne probleme. Sa druge strane, kao što smo rekli, njihovo prisustvo u javnosti, pogotovo ukoliko su sami, često postaje određena vrsta mamca za osobe koje nastoje da se okoriste o njih. Kao primer možemo navesti prevare od strane određenih verskih zajednica. Pripadnici ovih zajednica, inače neretko veoma vešte osobe u komunikaciji sa drugim ljudima zarad njihovog pridobijanja i pristupanja u ono što neretko čujemo da se definište kao sekta, u dementnim osobama prepoznaju „lak plen” tako da nakon određenog shematskog ponašanja i odnosa prema njima, ostvaruju svoje ciljeve, to jest privlače ih u njihovu versku zajednicu ali istovremeno ih iskorišćavajući na različite načine. Rezultat toga upravo su situacije u kojima dementni pojedinac, nesvestan svojih postupaka, prekida kontakt sa porodicom, te svoj materijalni imetak jednim delom ili u celosti poklanja verskoj zajednici. Tada, kao što možemo pretpostaviti, nastaju problemi pravne prirode.⁴

U Republici Srbiji postoji Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (*Službeni glasnik Republike Srbije, br. 45/2013*).⁵ Ovakav Zakon postoji i u Republici Srpskoj,⁶ u Federaciji Bosne i Hercegovine,⁷ kao i u Brčko Distriktu.⁸ Odredbama ovih zakona obuhvaćena su i lica koja su obolela od demencije mada, zbog specifičnosti koje sa sobom nosi ovaj hendikep, pogotovo u procesu prepoznavanja promena i reagovanja na iste od strane porodice, to jest okolnosti da neretko protekne puno vremena pre nego što se preduzmu konkretni koraci zaštite, izloženost obolelih najrazličitijim izazovima okoline već dovedu do određenih neprijatnih situacija. Imajući ovo u vidu, možemo reći da su dementne osobe u ovom momentu, zakonski posmatrano, još uvek nedovoljno zaštićene, te da se u tom smislu svakako trebaju preduzeti određeni koraci kako bi se sprečile najrazličitije situacije u kojima oni mogu biti zloupotrebljeni od strane drugih osoba. Rešenje ovog problema između ostalog „leži u multidisciplinarnom pristupu: kombinaciji zakonskih mera, medijske osvešćenosti, obrazovnih programa i sistemske psihološke podrške. Edukacije o tehnikama manipulacije i razvijanje kritičkog mišljenja pružaju najbolji „štit“ svakome ko se susretne sa organizacijom sumnjivih motiva” (Popović, 02/01/2025).

Izazovi političke svakodnevice po osobe sa demencijom

Nakon raspada SFRJ i jednopartijskog sistema koji je funkcionisao u ovoj državi, dolazi do prihvatanja značajno složenijeg oblika političkog života. Naime, višepartijski sistem sa utvrđenim izbornim ciklusima, počev od poslednje decenije 20. veka, izazvaće ogromne društvene promene i, polako ali sigurno, preoblikovaće između ostalog i međusobni odnos pojedinaca jednih prema drugima. Neretko ovaj odnos zavisio je i zavisi od stranačke pripadnosti i aktivizma pojedinca u pronalaženju sopstvenog mesta u političkim

⁴ Pogledati: Vulićević, Sofija (27/02/2023), „Neki su završili u duševnoj bolnici, nekima uzeli milione da bi ih osveštali”: *Stručnjaci o sektama i raznim prevarantima koji vrbuju očajne, bolesne i usamljene* - <http://www.blic.rs> (pristupljeno: 18/02/2025); *Faktor istražuje sektaše u BiH: Mladi sotonisti na „misama” imaju obrede seksa, ispijanja krvi...* (09/05/2016) – <http://www.infobrscko.com> (18/02/2025)

⁵ U elektronskom formatu dostupno na www.paragraf.rs/propisi/zakon-o-zastiti-lica-sa-mentalnim-smetnjama.html

⁶ U elektronskom formatu dostupno na www.vlada.rs/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents

⁷ U elektronskom formatu dostupno na www.finoh.gov.ba/zakoni/10/zakon-o-zastiti-osoba-s-dusevnim-smetnjama

⁸ U elektronskom formatu dostupno na www.skupstinabd.ba/index.php/ba/zakon.html?lang=ba&id=

organizacijama najčešće zarad lične koristi. Istorijske okolnosti kroz koje su prošli narodi bivših Jugoslavija tokom 20. veka uslovio je postojanje nepatvorene međusobne mržnje kako zbog versko-nacionalnih različitosti, a isto tako i kada je u pitanju orijentisanost na leva ili desna politička opredeljenja. U svakom slučaju, jednostavnije rečeno, kako u Republici Srbiji, tako još više u BiH, politika je stvorila jedno zanimljivo društveno „zamešateljstvo” u kome, na žalost, psihički obolele osobe, neretko bivaju iskorišćene i zloupotrebljene.

Zoran Stojiljković, pozivajući se na Slobodana Jovanovića, naglašava da se političke partije pretvaraju „u stroj za pobeđu u konkurentskoj borbi za vlast, odnosno svedu na nastojanje da se pošto-poto dođe na vlast, a zatim što duže tu i zadrži” (Stojiljković, 2006, 20). Dolazak na vlast najčešće podrazumeva pobeđu na izborima, to jest, pridobijanje što je moguće većeg broja pojedinaca koji će svojim glasom određenoj političkoj partiji/koaliciji omogućiti pobeđu. U društvima kao što su ona u Republici Srbiji i BiH, to jest društvima u kojima danas sve manje ljudi izlazi na izbore i, što je pogotovo pogubno, ima sve manje stanovništva pa samim tim i potencijalnih glasača, sve više pažnje se obraća na socijalno ugrožene i marginalizovane segmente stanovništva. U slučaju Republike Srbije Dimitrije Bukvić je izneo zanimljivu konstataciju: „Matematika kaže sledeće: oko 800.000 osoba s invaliditetom, plus 700.000 pripadnika LGBT populacije, jednako je milion i po glasova. Ako se doda još dvestotinak hiljada izbeglih i interno raseljenih ljudi, kao i druge socijalno ugrožene, osetljive manjinske grupe, cifra bi se možda popela i do dva miliona. Malo li je to potencijalnih glasova za stranke?” (Bukvić, 15/02/2016) Zakonski posmatrano, pravo da birate i budete izabrani na političkim izborima predstavlja zagaranovano pravo i čini deo „Deklaracije o kriterijumima za slobodne i fer izbore” (*Deklaracija*, 26/03/1994). Upravo ovaj „detalj” na savremenoj političkoj sceni Republike Srbije i BiH postaje naročito interesantan kako pojedincima, a još više političkim partijama. Naravno da je neuporedivo interesantniji segment o pravu izlaska na izbornu mesto i glasanja za određenu partiju imajući. Iz tog razloga u situaciji, ponovo naglašavamo, kada se biračko telu u dve države kojima se bavimo u ovom radu rapidno smanjuje i kada je izlaznost na izbore iz godine u godinu sve manja i manja, političke partije zaista ulažu velike napore u pridobijanju potencijalnih glasova. Nesumnjivo je da svaka politička partija ima tzv. „sigurne glasove” (najčešće članovi stranaka i njihove porodice, prijatelji, poznanici, poslovni partneri...). Takođe, realnost predizbornih kampanja predstavljaju i određene mahinacije u pridobijanju glasača i o tome se, kako u predizbornoj kampanji, a pogotovo nakon izbora od strane onih koji su izgubili, često govori i to se ističe kao jedan od razloga poraza. Suštinski, davanje i primanje mita u vezi s glasanjem predstavlja krivično delo. O ovome, kada je reč o Republici Srbiji, jasno i nedvosmisleno govori Zakon o dopunama krivičnog zakonika.⁹

Jedna od osetljivih ciljnih grupa prema kojima se sve više usmeravaju političke organizacije sa ciljem njihovog pridobijanja za izbore, to jest da budu njihovi glasači upravo su osobe sa određenim mentalnim smetnjama. Teoretski, „ostvarivanje glasačkih prava osoba s intelektualnim teškoćama u današnje je vrijeme nužno posmatrati u kontekstu suvremenoga socijalnog modela i modela ljudskih prava” (Debeljak, 2018, 231). Istovremeno, imajući u vidu celokupnu političku scenu država nastalih raspadom SFRJ, pogotovo sa sada već snažno ukorenjenim navikama, prilično je teško govoriti o potpunom poštovanju osoba sa invaliditetom u domenu njihovog političkog angažmana. Ukoliko se i posmatra ovaj problem, pažnja je nekako najčešće usmerena na osobe sa nekim od telesnih hendikepa, to jest oboljenja i stanja u kojima nije upitan njihov intelektualni sklop. Sa druge strane, neretko se dešava da osobe sa određenim mentalnim problemima bivaju zapostavljene. Na primer, prema

⁹ U elektronskom formatu dostupno na

www.parlament.gov.rs/upload/archive/files/lat/pdf/predlozi_zakona/2558-15%20LAT.pdf

dokumentu „Uklanjanje prepreka - Osobe s invaliditetom i njihovo pravo da glasaju na izborima za Europski parlament” nailazimo na preporuku da glasački listić za birače sa intelektualnim teškoćama sadrži jednostavne rečenice ili grafičke upute.¹⁰ Da na exYU prostoru stvari po ovom pitanju nisu išle jednostavno, pokazuje nam primer Republike Slovenije gde je je u junu 2024. godine „prvi put za evropske izbore glasati i punoljetni građani s intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama te drugi koji su stavljeni pod skrbništvo zbog čega su u prošlosti bili lišeni biračkog prava” (*Slovenija: Na evropskim izborima*, 12/03/2024). Sa druge strane, prema propisima Republičke izborne komisije Republike Srbije mogu da glasaju osobe nad kojima nije produženo roditeljsko pravo, odnosno osobe koje nisu potpuno lišene poslovne sposobnosti.¹¹ Prema tome, postoji приметно велики prostor za nedoumicu kako se, kada govorimo o dementnim osobama, ophoditi prema njima po pitanju izbora? Naime, samo osobe koje su lišene poslovne sposobnosti nemaju, između ostalog, pravo izlaska na izbore. U praksi to znači da osobe sa demencijom koja ih onemogućava da samostalno funkcionišu i koje su zbog toga prošle propisanu proceduru u kojoj su bili uključeni sud po službenoj dužnosti na predlog lica određenih zakonom (ili pak samog lica koje treba da se liši poslovne sposobnosti), centar za socijalni rad, zdravstveni radnici (medicinsko veštačenje), dobijaju rešenje u kome se u potpunosti lišavaju poslovne sposobnosti. Takođe, postoji i mogućnost delimičnog oduzimanja poslovne sposobnosti najčešće sa ciljem pojačavanja pravne sigurnosti u pravnom prometu (*Lišenje i vraćanje poslovne sposobnosti*) ali u ovakvim slučajevima svakako treba obratiti pažnju i na to da li ove osobe mogu glasati, to jest da li im je ono zakonski osigurano. U EU, u jednom broju zemalja članica, „postoji automatska ili kvazi-automatska odredba kojom se licima sa psihosocijalnim i/ili intelektualnim invaliditetom kojima je ograničena poslovna sposobnost oduzima i pravo da glasaju. I to se tako radi bez obzira na to da li takva lica razumeju koncept glasanja ili ne” (*Ko može da odlučuje*, 2013, 15). Sa druge strane, u Republici Srbiji „lice delimično lišeno poslovne sposobnosti može da bira narodne poslanike i da bude birano za narodnog poslanika ako sud rešenjem o delimičnom rešenju poslovne sposobnosti nije utvrdio da je nesposobno da vrši izborno pravo. Isto važi i za glasanje na predsedničkim izborima” (*Da li lica koja nemaju punu poslovnu sposobnost mogu da glasaju?* 31/10/2023).

Na političkoj sceni, pogotovo kada je reč o borbi za glasove, konstantno se vodi svojevrsna borba. U toj borbi realno se ne biraju sredstva, vreme i mesto kako bi se realizovao željeni cilj.¹² Za temu o kojoj govorimo problem nastaje sa manje ili više izraženom agresivnošću pojedinaca koji su angažovani od strane političkih partija prema osobama sa nekim od stepena demencije. Svedoci smo da se neretko primenjuje tzv. „kampanja od vrata do vrata” koja u mnogome liči na aktivizam misionara koji pripadaju pojedinim verskim zajednicama kao na primer Jehovinim svedocima ili pak prodavaca određenih proizvoda sumnjivog kvaliteta/porekla po neretko većim cenama od realne. U slučaju starijih, dementnih osoba, pogotovo onih koji su u tom momentu sami kod kuće, upuštanje u dijalog sa ovim osobama, koje su najčešće veoma verzirane u poslu kojim se bave, može dovesti do manje ili više neprijatnih situacija kako po stariju/obolelu osobu, a isto tako i po druge osobe sa kojima ona živi. Prihvatanje onoga što nude terenski aktivisti, pogotovo upisivanje u neke od spiskova sa uzimanjem ličnih podataka (broj lične karte i slično) te stavljanj potpisa kao saglasnosti sa

¹⁰ Pomenuti izvor u elektronskom formatu dostupan je na www.eesc.europa.eu/sites/default/files/qe-03-19-084-hr-n.pdf

¹¹ Pomenuti izvor u elektronskom fromatu dostupan je na www.biraci.parlament.gov.rs/tekst/1276/da-li-mogu-da-glasam-na-izborima.php

¹² Pogledati: *Crta pozvala građane da prijave kupovinu glasova, „bugarski voz” i druge nepravilnosti* 17. decembra (08/11/2023) - <http://www.021.rs> (pristupljeno: 21/02/2025); *Općinski sud Sarajevo izrekao presudu: Šest meseci zatvora i 1.000 KM za vrbovanje birača* (15/07/2022) - <http://www.radiosarajevo.ba> (21/02/2025); *Skandal: SNSD vrbuje roditelje u školama za izbore* - <http://www.rtvbn.com> (pristupljeno: 21/02/2025) ...

ponuđenim, stvara situaciju koja se, sa jedne strane, može posmatrati i kao zakonom dopuštena obmana (u ovom slučaju politička). Slična situacija je i ona kada terenski aktivisti stranaka, stojeći na prometnim mestima u gradu najčešće uz „šandove” sa obeležjima političke organizacije kojoj pripadaju, ubeđuju osobe, pa samim tim i one starije životne dobi i u nekom stepenu demencije, da stave svoj potpis na neku listu, a za uzvrat, možda, dobiju neki reklamni predmet (najčešće upaljač, kačket, notes...). Da li se u ovom i sličnim primerima može prihvatiti kao relevantan pristanak i potpis dementne osobe? Posmatrano sa strane političke etike ovakav pristup je prilično upitan, pa čak i na samoj granici morala. Sa zakonske strane on je, kako se čini kroz odredbe zakona, dopušten i zaista sporadično sankcionisan od strane vlasti. Uslovno rečeno, navedeni primeri se mogu uvrstiti u grupu manje izazovnih/štetnih po dementne osobe. Sa druge strane sve češća praksa odvoženja dementnih osoba kako bi prisustvovali na političkim mitinzima i sličnim manifestacijama koje se dešavaju izvan mesta njihovog prebivališta, predstavlja poseban izazov. Svakako da ovakve manifestacije, sa svim propratnim elementima, u značajnoj meri mogu poremetiti rutinu svakodnevice dementnih osoba i na određeni način, u manjoj ili većoj meri, dovesti do pogoršanja njihovog zdravstvenog stanja. Ovakve situacije pogotovo su izazovne ako imamo u vidu okolnost da je BiH pre nekoliko decenija prošla kroz pakao građanskog rata te da su, na žalost, mnogi od obolelih učestvovali ili na neki drugi način osetili nedaće koje vojni sukobi donose sa sobom. Politička retorika neretko može biti i podstrekač agresije, a to stvara dodatne probleme. Naime, agresija je „normalan dio bolesti i može se dogoditi čak i ako je osoba u svom životu bila ljubazna i nenasilne prirode. Budući da nisu u stanju jasno objasniti svoje potrebe, osobe s demencijom mogu imati ispade agresije u trenutku kada su preplašeni, frustrirani, ljuti, nešto ih boli ili pak osjećaju neugodu” (Vidučić, 19/03/2019). Ovo se neretko primećuje kod osoba sa demencijom umerenog stepena što, samo po sebi, dodatno predstavlja izazov jer nije retkost da usled nedovoljne edukacije u ozbiljnost njihovog stanja, pogotovo u manjim sredinama, ne obraća se dovoljna pažnja na samog bolesnika. U praksi to bi značilo da ukoliko dementne osobe budu bez nadzora na javnim mestima i političkim okupljanjima gde često dominira retorika koja rasplamsava agresiju, to neretko može dovesti do velikih problema kako po obolelog, tako i po njegovu porodicu/staraoce.

Zaključak i moguća rešenja problema

Kako se konstantno povećava broj starijih osoba u Republici Srbiji i BiH, za očekivati je i povećanje osoba koje projavljaju neki od oblika demencije. Ovo je, na žalost, rezultat višedecenijske nebrige i nedostatka kvalitetne demografske politike, pogotovo nakon vremena ratova. Za razliku od vremena nakon Drugog svetskog rata, kada je novonastala država stavila akcenat na to da se u što je moguće kraćem vremenskom periodu nadomesti broj stradalih, u novonastalim državama s kraja poslednje decenije 20. veka, političke elite očividno nisu preduzele adekvatne korake da se zaustavi negativan prirodni priraštaj. Štaviše, niz pogrešnih političkih koraka doveo je do toga da države rapidno ostaju bez radno/reproduktivnog dela stanovništva, te da stanovništvo postaje sve starije i starije. U jednoj takvoj društvenoj situaciji naravno da je za očekivati prilagođavanje političkih subjekata nastaloj situaciji, to jest iskorišćavanju iste za svoju koristi i to ne samo političku, nego i svakoj drugoj. Sa manje ili više ustaljenim biračkim telom, političke partije, svesne potrebe da sebi obezbede dodatni procenat glasača, ne prezaju od prakse da se čak i osobe sa psihičkim smetnjama, ukoliko to baš nije striktno zakonski ograničeno, iskoriste kao deo glasačkog tela. Takođe, političke partije, prilikom organizovanja svojih javnih skupova od kojih se očekuje da budu što masovniji, ne prezaju da u njima uzmu učešće osobe sa očevitim psihijatrijskim problemima, pa samim tim i osobe koje su ugrožene određenim stepenom/oblikom demencije. Ovakvi koraci svakako su neetični i svakako ugrožavaju pojedinca, to jest ugrožavaju njega kao ličnost, ugrožavaju njegovo dostojanstvo... Ono što se može preduzeti kao korak u rešenju ovog višeslojnog problema može biti stvaranje baze podataka o osobama kod kojih je dijagnostikovao neki od psihijatrijskih problema, pa samim tim i neki od oblika demencije. Ova baza podataka, naglasimo, prvenstveno treba da bude upotrebljena zarad zaštite obolelog, a potom i njegove porodice. Na primer, proverom JMBG broja ili broja lične karte, te uvidom u to da je dementna osoba sa ograničavajućim zdravstvenim stanjem stavila svoj potpis na neku peticiju ili slično, mora da usledi sankcija prema političkoj stranci ili bilo kom drugom subjektu koji je organizator manifestacije. U situaciji kada je zdravstvena prosvetčenost stanovništva uprkos okolnosti da živimo u 21. veku i dalje primetno mala, u situaciji kada je u društvu i dalje sramota ako u porodici postoji osoba sa mentalnim hendikepom, u situaciji kada je sramota zatražiti psihijatrijsku pomoć iako postoje ustanove i zdravstveni radnici osposobljeni da istu pruže pacijentima, zaista je izazovno govoriti o bilo kakvom brzom rešavanju zloupotrebe psihijatrijskih bolesnika od strane političkih subjekata. Ipak, ukoliko želimo da zaštitimo svoje sunarodnike koji su konkretno u problemu zbog nekog oblika demencije, a između ostalog i zbog toga da se na državnom nivou kao društvo približimo državama koje su pravno regulisale ova pitanja, pre svega je potrebna politička volja za preduzimanjem niza zaštitnih koraka pogotovo imajući u vidu okolnost da bi se time umanjio potencijalni broj glasača na izborima ili njihov angažman u političkoj areni. Ipak, u ovakvim situacijama, ako već govorimo o potrebi stvaranja humanijeg društva, briga o obolelim treba da bude ispred političkih borbi.

Smer u kome bi trebalo da se pokrene dodatna zaštita dementnih osoba u Republici Srbiji i BiH svakako je i intenzivnija zdravstvena kontrola koja bi davala precizniji uvid u stanje obolelog pa samim tim i klasifikovala stadijum bolesti. Ovi podaci, osim što bi bili od koristi osobama koje se brinu o dementnim bolesnicima, a takođe i zdravstvenim radnicima, bili bi od koristi u situacijama pokušaja ili realizacije inače zakonski zabranjene zloupotrebe i diskriminacije obolelih. Kao što smo naglasili, često se dešavaju neprijatne situacije u kojima političke stranke, pogotovo prilikom organizovanja mitinga, a zarad povećanja broja prisutnih, dovode osobe sa mentalnim problemima koje su smeštene u zdravstvenim ustanovama. U eri mobilnih

telefona i društvenih mreža snimci brzo postaju lako dostupni velikom broju korisnika, a to lako može biti iskorišćeno kao političko oružje suparničkih stranaka ili političkih neistomišljenika.¹³ Nereagovanje organa vlasti na ovakve pojave je krajnje ozbiljan i jednostavno rečeno, nedopustiv propust. Konkretno, ukoliko organi bezbednosti čije je prisustvo neophodno prilikom održavanja političkih manifestacija, primete da se neke osobe ponašaju na neadekvatan način, oni bi po zakonu morali da reaguju, da imaju mogućnost provere u sistemu podataka da li je ta osoba možda uvedena u bazu podataka osoba sa određenim mentalnim hendikepom, te da osobu brzo i po nju bezbedno izvedu iz mase, a potom pokrenu odgovarajući zakonski postupak protiv organizatora skupa.

U vremenu kada zahvaljujući elektronskim resursima lako možemo načiniti i redovno ažurirati najrazličitije baze podataka, osećamo potrebu da se načiniti i baza koja bi sadržala podatke o osobama kod kojih je dijagnostikovao određeni psihijatrijski problem, pa samim tim i neki od oblika demencije, pre svih onih koji utiču na rasuđivanje. Ovi podaci svakako ne smeju biti zloupotrebljavani. Svaki pokušaj njihove zloupotrebe mora da bude sankcionisan. Podaci iz ove baze podataka morali bi biti dostupni komisijama prilikom sačinjavanja spiskova osoba sa pravom izlaska na izbore upravo sa ciljem maksimalne zaštite pacijenata, to jest smanjenja na najmanju moguću meru zloupotrebe njihovog mentalnog stanja zarad pridobijanja glasova. Svakako da bi se realizaciji ove ideje najviše protivile same političke stranke ili pojedinci koji su kandidati na izborima, ali ako već govorimo o zaštiti osoba sa psihičkim problemima, pa samim tim i demencijom, naravno da ih ne smemo dovoditi u situaciju da budu iskorišćeni u svrhu samo još jednog glasa više u izbornom procesu.

¹³ Jedan od nedavnih primera je epizoda iz Kikinde ovekovečena na www.tiktok.com/@sarovic_nemanja

Literatura:

Gvozdenović Debeljak, Aleksandra; Baraban, Borko; Lovrić, Robert (2018), *Glasovanje osoba s intelektualnim teškoćama u kontekstu temeljnih ljudskih vrednosti*, Nova prisutnost 16/2, str. 229-246

Ko može da odlučuje? Pravo na poslovnu sposobnost lica sa intelektualnim i psihosocijalnim invaliditetom (2013), Council of Europe Publishing

Lapčević, Mirjana; Žigić, Dane; Ivanković, Dragoljub (2001), *Gerijatrija u radu porodičnog lekara*, Beograd: Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog društva - Katedra opšte medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Nastić, Maja (2015), *Izbornopravo osoba sa invaliditetom*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Nišu, br.70, godina LIV, str. 137-155

Milenković, D. (2010), *Vodič kroz Zakon o zabrani diskriminacije*, Beograd: Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji.

Milovanović, Slobodanka (2021), *Demencija - simptomi i lečenje*, Medicinska reč, 2/2021, str. 68-71

Pavlović, Dragan; Pavlović, Aleksandra (2002), *Demecije - aktuelna saznanja*, Engrami 3-4/2002, str. 9-28

Pomoć za osobe koje neguju bolesnike sa demencijom (2021), Beograd: Odeljenje za socijalne promene i mentalno zdravlje Svetske zdravstvene organizacije - Međunarodno društvo za Alchajmerovi bolest

Radivojević, Zoran; Raičević, Nebojša (2007), *Međunarodna zaštita osoba s mentalnim poremećajem*, Temida, septembar 2007, str. 11-25

Stojiljković, Zoran (2006), *Partijski sistem Srbije*, Beograd: Službeni glasnik

Tatić, Damjan (2021), *Vodič kroz prava osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji*, Beograd: Nacionalna organizacija osoba sa invaliditetom Srbije (NOOIS)

Elektronski resursi:

Bukvić, Dimitrije (15/02/2016), *Borba za glasove sa društvene margine* - <http://www.politika.rs/sr/clanak/349149/Borba-za-glasove-sa-drustvene-margine> (pristupljeno: 18/02/2025)

Da li lica koja nemaju punu poslovnu sposobnost mogu da glasaju? (31/10/2023) <http://www.crt.rs/dali-lica-koja-nemaju-punu-poslovnu-sposobnost-mogu-da-glasaju-2/> (pristupljeno: 05/02/2025)

Davidov-Kesar, Danijela (22/02/2024), *U svetu godišnje 10 miliona novoobolelih od demencije* <http://www.politika.rs/sr/clanak/600643/u-svetu-godisnje-10-miliona-novoobolelih-od-demencije> (pristupljeno: 05/02/2025)

Deklaracija o kriterijumima za slobodne i fer izbore, Pariz, 26. mart 1994. godine - <http://www.parlament.gov.rs> (pristupljeno: 21/02/2025)

Kojić, Nikola (17/12/2023), *Izlaznost na izborima od 1990: Od rekordnih 71.49 do svega 48,93 odsto* <http://www.n1info.rs/vesti/izbori-2023/> (pristupljeno: 05/02/2025)

Lokalni izbori 2024 - Potvrđeni (05.11.2024. i 15.11.2024) rezultati (15/11/2024) http://www.izbori.ba/Rezultati_izbora/?resId=368&langId/ (pristupljeno: 05/02/2025)

Lišenje i vraćanje poslovne sposobnosti - http://www.paragraf.rs/100pitanja/prava_gradjana/lisenje_i_vracanje_poslovne_sposobnosti (21/02/2025)

Lokalni izbori 2024: Održani lokalni izbori u BiH (06/10/2024) <http://www.katera.news/lat/izbori-2024/> (pristupljeno: 05/02/2025)

„Nemamo programe prevencije“: Konstantan porast broja oboljelih od demencije, u BiH više od 150.000 osoba (05/04/2024) <http://www.srpskainfo.com/nemamo-programe-prevencije-konstantan-porast-broja-oboljelih-od-demencije-u-bij-vise-od-150-000-osoba/> (pristupljeno: 05/02/2025)

Marković, Tomislav (09/04/2017), *Kome sve treba oduzeti pravo glasa u Srbiji?* <http://www.balkans.aljazeera.net/opinions/2017/4/9/kome-sve-treba-oduzeti-pravo-glasa-u-srbiji> (pristupljeno: 05/02/2025)

Popović, Milan (02/01/2025), *Destruktivne i satanističke sekte u Srbiji: Psihološki i psihijatrijski osvrt* - <http://www.epsihijatar.net/destruktivne-i-satanisticke-sekte-u-srbiji-psiholoski-i-psihijatrijski-osvrt/> (18/02/2025)

Raca, Marija (04/11/2019), *Negovatelji dementnih ukućana u Srbiji: Nevidljivi za sistem, neophodni za život* <http://www.bbc.com/serbian/lat/srbija-50283491> (pristupljeno: 05/02/2025)

Slovenija: Na evropskim izborima prvi put glasaju i građani s intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama (12/03/2024) - <http://www.bhrt.ba/slovenija-na-evropskim-izborima-prvi-put-glasaju-i-gradani-s-intelektualnim-i-psihosocijalnim-teškoćama> (pristupljeno: 21/02/2026)

Upozorava se na mogućnost zloupotrebe glasa duševnih bolesnika (10/06/2017) <http://www.koha.net> (pristupljeno: 05/02/2025)

Vidučić, Matea (19/03/2019), *Agresivno ponašanje u demenciji – koji su uzroci i kako trebate reagirati?* - <http://www.demencija.net/a/agresivno-ponasanje-u-demenciji-koji-su-uzroci-i-sto-trebate-uciniti> (pristupljeno: 22/02/2025)

CREATING AN ELDERLY-FRIENDLY SOCIETY: A CALL TO ACTION FOR SUPPORTING AND LEVERAGING OLDER ADULTS

Abstract

Older adults or the elderly are a core demographic of modern day society. The world population is rapidly ageing as you will soon realize in our discussions. Sadly, these older adults are often neglected, side-lined, and incapacitated. The general misconception is to consider them as irrelevant and largely as liabilities. Granted, they tend to be riddled with deteriorations in their day to day functionality. However, older people can be and should be active participants in society. We also stand to benefit immense value from them²². That is why we need to explore what needs to be done to support, include, capacitate, and leverage the elderly.

We must create an elderly-friendly society. That is why it is imperative to essentially issue a call to action for supporting and leveraging senior citizens. It is worth mentioning that the “*leveraging*” aspect here is not to suggest exploiting or using older adults in a negative way. Rather it refers to harnessing the value that they can provide but in a healthily symbiotic manner. This article is a call to action; this is what this article seeks to do. In this article we shall delve into 4 major areas that must be prioritized in our quest to support, include, capacitate, and leverage the older adults in our communities. We shall particularly explore the “how”.

We shall discuss how older persons can participate equally in all the most important social streams and activities. We will explore how society can provide the elderly with better living conditions by considering the financial, social, legal, technical-technological, health and every other relevant aspect. Thirdly, we shall look at how to preserve the dignity of the elderly and create a sense of integration in society. Lastly, we shall discuss how to strengthen the position of older adults in society and return them to their role of community leaders and bearers of wisdom.

The thrust of this article is to seek to answer questions pertaining to those 4 areas. In so doing, the article seeks to stimulate conversations around those areas. This will not only generate widespread interest but will more importantly encourage active participation by wide-ranging stakeholders. There is much the government, private sector, public sector, and the ordinary citizens can do to play their role. This article seeks to rope everyone in. The article will mainly take a global worldview of the subject matter. However, in some instances there will be references to specific contexts whilst enunciating some dynamics.

The article wraps up with a conclusion in which we discuss some notable highlights from our discussions. Some recommendations are also cited in the conclusion, one of which is the need for more research. Regardless, most of recommendations are covered at length throughout the breadth of the article. This was inevitable given the interrelationships shared by most of the talking points in this discussion.

Keywords: Elderly, Social Participation, Inclusive Society, Age-Friendly, Community, Empowerment, Dignity, Respect, Intergenerational Connections, Community Leadership, Wisdom, Experience, Social Isolation, Accessibility, Assistive Technology, Health, Wellness,

Discrimination, Financial Security, Legal Protections, Ageism, Stereotypes, Older Adults, Senior Citizens, Elderly Care, Social Support Networks, Quality Of Life, Community Engagement, Social Activities, Inclusive Programming, Digital

Definition Of Key Terms

Elderly - Generally any person who is chronologically aged 65 years (some say 60 years e.g. the United Nations) or more. They are also referred to as senior citizens, seniors, older adults, or older persons

Social Participation – A person’s involvement in activities providing interactions with others in community life and in important shared spaces, evolving according to available time and resources, and based on the societal context and what individuals want and is meaningful to them³³

Inclusive Society – a society where there is active, equitable, and respectful participation of all members⁴⁸

Age-Friendly Community – a community where services and infrastructure is adapted to be more inclusive to enhance the quality of life of its population as it ages. WHO defines it as a community that encourages active ageing by optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life^{45,56}

Social Isolation – the state of not having relationships, contact with, or support from others⁷

Ageism – prejudice or discrimination on the grounds of a person’s age

Financial Literacy – *Investopedia* defines it as the ability to understand and effectively use various financial skills, including personal financial management, budgeting, and investing.

Digital Literacy – the ability to access, manage, understand, integrate, communicate, evaluate, and create information safely and appropriately through digital technologies⁵¹

Assistive Technology – assistive products and technologies that aim to improve one’s cognition, communication, hearing, mobility, self-care, and vision, thus enabling their health, well-being, inclusion, and participation⁵⁷

Financial Security – this is one’s multidimensional ability to meet financial obligations, manage financial risks, and achieve long term financial goals, ultimately resulting in overall wellbeing²⁷

Accessibility – in the context of computing, this entails features that increase software usability for users with certain impairments

Social Support Network – a web of relationships and interactions that provide emotional, informational, and practical support to an individual, enhancing their ability to cope with stress, adversity, and life transitions⁸

Intergenerational Connections – the social, emotional, and cognitive bonds between people of different age groups, which can promote knowledge transfer, skills sharing, and mutual understanding, ultimately enhancing individual and community wellbeing³

INTRODUCTION

The global older adult population is too big to be ignored. The elderly population is steadily approaching the one billion mark; there are currently over 830 million elderly people globally⁴⁴. The United Nations Population Fund (UNFPA) reports that as of today, the senior citizens population is now over 10 percent of the global population⁵³. It also highlights that first world nations constitute the largest number of senior citizens. In 2023, the World Health Organization (WHO) issued a report that projected that by end of 2024, in Europe the number of people aged 65 years and more would exceed those aged less than 15 years.

The World Health Organization highlights that the bottom line is that our world is rapidly ageing. They project that by 2050, 22 percent of the world population will be older adults aged 60 and above⁵². This number will be higher than that of children aged 14 years and below. Interesting to note is that 18 years ago, only 11 percent of the global population were senior citizens. No wonder it is evident their number keeps going up year by year. As for developing nations, the numbers are steadily going up as well – in fact, Africa has the fastest rising proportion of older persons.

Whichever way you look at it, there is need to zone in on the elderly's experiences – they must be supported, included, and leveraged. Older adults typically experience a myriad of challenges in navigating this modern day world. It is necessary to unpack some of those challenges since it forms the basis for improving the state of affairs for the elderly. Some of the major challenges affecting older persons are as follows:

Social Isolation

Studies indicate that at least 50 percent of older people face the risk of social isolation. Of that number, roughly 35 percent will indeed become socially isolated¹⁶. Prevalence rates do vary but the recurring theme shown by studies is that the majority of older people fear being socially isolated or are socially isolated. Social isolation has a number of negative effects some of which are deteriorating health and even death. The prevalence of death resulting from social isolation amongst the elderly has even been shown to be as dire as is attributable to smoking.

Poor Living Conditions

Over 90 percent of older people that are extremely poor globally are from Africa³⁸. This clearly demonstrates that poor living conditions for the elderly are rampant in Africa. Generally the same trend obtains in developing nations in other parts of the world. It is reported that over 17 million senior citizens in the US face economic insecurity. This translates to over 35 percent of older people in the US. Their income levels are way below the federal poverty level⁵⁰. All these dynamics imply that a substantial number of senior citizens find it difficult to afford accommodation, food, and healthcare, amongst others. Poor living conditions have a ripple effect which results in many other misfortunes. Some of the common ones are depression, poor health, disability, and early deaths.

Lack Of Dignity & Integration In Society

This of course is a highly perception-driven area and depends on the context. Dignity refers to *the state of being esteemed, being deemed worthy of esteem or feeling esteemed*. In the context of society, integration refers to the *process or state of fitting into a community*. These two aspects tend to interplay or feed off each other. Whilst contexts may vary, the general trend is that a notable number of older adults feel their dignity is now being violated⁴¹. They also feel they no longer proactively fit into modern day society.

A World Health Organization (WHO) study in 2022 indicated that roughly 17 percent of older persons had recently had their dignity violated in their communities¹⁷. Exclusive modern day

systems and infrastructure, along with negative individual attitudes of people are typically to blame. Lack of dignity and integration for the elderly is not to be taken lightly since it feeds into several of the other challenges faced. If older adults are not afforded respect and find it hard to fit in, they cannot thrive.

Exclusion From Institutional & Traditional Community Leadership Roles

Older persons have traditionally occupied an esteemed position and played a leading role as community leaders and bearers of wisdom. In recent years this has been getting diluted or eroded. Older adults are no longer regarded with much esteem as used to be before⁴. There has been a notable rise in discrimination against older persons. There is now a significant decline in intergenerational interactions or relationships.

One of the core dynamics behind that is the rise in the use of digital platforms or media. Typically most senior citizens are not tech-savvy thus making it hard for them to actively participate in communities. Lots of community engagement is now driven digitally. The proliferation of digital media has also socialized younger generations uniquely in ways that make them averse to older generations.

Other than digital isolation, social isolation is at play. This makes it near impossible for older people to be regarded as community leaders or custodians of invaluable wisdom. The irony of the digital and social isolation interplay is that the former can actually be used to address the latter. Older adults are usually limited in their mobility²⁸. Digital inclusion can help them participate in community leadership and or mentorship.

This overview of challenges affecting the elderly forms the backdrop of what we must seek to address when it comes to older adults. As Mahatma Gandhi aptly put it, *“The true measure of any society can be found in how it treats its most vulnerable members”*. How best can we address the aforementioned challenges faced by the elderly? This is the overarching question that we are now going to answer from 4 multi-layered angles.

Before we do that, let us briefly dive into something fundamental and foundational for our subject matter. The World Health Organization (WHO) has a comprehensive guide on *Global Age-Friendly Cities*. It covers 8 areas that must be worked on towards creating age-friendly cities (or communities). They are as follows: Outdoor Spaces & Buildings, Transportation, Housing, Social Participation, Respect & Social Inclusion, Civic Participation & Employment, Communication & Information, and Community Support & Health Services.

This guide is essential in guiding discussions on our subject matter. Whilst this article is not directly based on this guide, it does seek to speak to the main themes communicated in that guide. Let us get into heart of our discussion.

PARTICIPATION IN SOCIAL STREAMS AND ACTIVITIES

Studies indicate that one of the biggest challenges older adults face is social isolation²⁰. Many of them cite dealing with loneliness and depression³⁴. These are issues that many elderly people cite first when asked about how their lives are. This is problematic as it degenerates into a long list of other issues as we discussed earlier in our introduction. This clearly shows the desire for older adults to be active participants in social streams and activities. Let us look at how to promote the elderly's participation in social streams and activities.

Accessible Social Streams & Activities For Older Adults

We must strive to provide accessible social activities for older adults. They have a number of benefits such as improved health and mental stimulation⁶. For this to work well we must

empirically find out what appeals to the elderly. This means we need to engage them and get to intimately understand their needs and preferences. There are countless social streams and activities older people can participate in and or comfortably do.

Some of them involve gaming, body exercises or workouts, walks or runs, hiking, volunteer work, social clubs (e.g. book clubs), and many more³⁷. These can be done at family level or community level. Certain groupings can easily organize such social streams and activities e.g. community-based organizations, faith-based organizations, corporate organizations, government arms, civil society organizations, and so on. All of this promotes social inclusion which in turn feeds into other areas of importance.

Tech-Based Social Connections

The undertakings we just discussed above are largely in-person and that is much needed. However, another approach to it is the virtual one. All the above-mentioned can be tailored to be done virtually. This can be in addition to the in-person ones or to cater to older adults who may be limited from participating in person. At the most basic level, we should make it easier and cheaper for the elderly to build tech-based social connections²⁴. Thanks to instant messaging platforms and social media, this can be done.

Older people can be directed to join online groups comprising fellow older people. There are even options to join groups that are likeminded on a specific interest or subject matter. The limited to none physical exertion tech-based platforms or tools provides make this essential for the elderly. From the comfort of their homes they can easily form social connections and feel connected to society. Studies have even shown that this helped many older adults to combat social isolation during the COVID-19 pandemic¹⁰.

It is worth adding that there is an interesting trend that is on the rise right now – online content creation. There is even a steady increase right now in the number online content creators who are older adults⁴⁰. There is a rapid surge in, for instance, podcasting, particularly long-form podcasting. In fact, studies are showing that legacy media is now being eclipsed by such, which is now branded as alternative media. Podcasting, as an example of alternative media, is an area that can be instrumental for older adults. They can leverage it to stimulate and engage in important discussions that appeal to many people.

The elderly can explore being guests on podcast shows or they can host their own podcasts. They can even do solo podcasts. Not only will they be forming tech-based social connections; they will also cash in ultimately. Given the wealth of expertise, knowledge, and experience many senior citizens have, this can be great for them. *Harris Poll Thought Leadership* conducted a study in 2022. They discovered that more than 65 percent of Gen Z and millennials avidly consume content created by the elderly on TikTok and Instagram. This clearly shows that older adults have a good shot at thriving in online content creation.

It is also important to ensure the elderly have access to accessibility tools that appeal to their individual circumstances. For instance, assistive technology is much needed by older adults. An example is voice assistants or voice-activation functionality in gadgets they use. Of course the senior citizens need to also be taught on the dynamics of cybersecurity to avoid falling prey to scammers. This ensures they get the most out of tech-based connections but in a safe and secure manner.

Elderly-Friendly Community Events and Cultural Activities

The former two talking points we just covered can all be further tailored into actual events; events which can be physical or virtual. Elderly participation in such community events has

been found to benefit their health²⁶. To add to that would be to include cultural activities. The addition of cultural activities is paramount because older adults typically love cultural heritages and thus anything cultural appeals to them. In fact, studies have shown the huge positive effect of cultural activities on the elderly's wellbeing¹¹. The best approach to this is to organize or facilitate events or activities at community level. That way it is relatively cheaper, more accessible, intimate, relatable, and more engaging.

It is strategic to have such events and activities occurring on a regular basis e.g. weekly, monthly, and the like. It is obviously great to organize events and activities that are specifically for older persons. However, it can be more rewarding to organize events and activities that appeal to everyone. That promotes an inclusive society by encouraging intergenerational connections; after all society comprises of more than just the elderly. Thus if they can interact with all age groups they can seamlessly fit in and thrive.

Some of the examples of the categorizations of events and activities that can be done are storytelling, arts and crafts, exhibitions, fun days, and so on. Events that entail performing arts have particularly been found to be an effective intergenerational social stream or activity that addresses ageism¹⁵. This implies that more studies or experimentation can be done to figure out how it appeals to older adults and the effects thereof. Globally the cultural diversity is quite broad so the possibilities are endless.

On 1 October annually, the World Health Organization (WHO) set this day aside as *International Day of Older Persons*. The thrust of this is to stimulate awareness and engage society in exploring the good and the bad pertaining to the welfare of older adults. In 2024, the theme was “Ageing with Dignity: The Importance of Strengthening Care and Support Systems for Older Persons Worldwide”. In the spirit of facilitating elderly-friendly events and activities, this day must be observed everywhere. It is disturbing to know that in many places this day just passes by; many are not even aware of it. Moving forward it can even be more strategic to make the entire month of October *Older Persons' Month*. This will go a long way in building engaging social streams and activities for the elderly. Plus there are many more benefits that result from this other than just the fun and games.

ENHANCING LIVING CONDITIONS FOR THE ELDERLY

Financial Security

Older persons tend to have concerns regarding their finances i.e. financial insecurity. This largely stems from their declining ability to generate income for themselves. Thus we must premise living conditions interventions on this prevalent dynamic. There are 3 broad areas that need to be streamlined in order to ensure the financial security of senior citizens. One, their income generation dynamics – though their ability may be declining they still can generate income to some degree. Two, past employment benefits along with applicable government-led initiatives. Three, support from family and friends. Let us explore how living conditions for the elderly can be enhanced via the aforementioned financial areas:

Income Generation Dynamics

There are a number of elderly empowerment strategies through which older adults can generate income in order to attain financial security:

Employment Of Older Adults

The most immediate one is employment – there are countless job roles that are well-suited for senior citizens. Interestingly, The *Wall Street Journal* notes that older adults are proving to be more diligent and reliable in the workplace. This is leading to a shift where more and more

employers are considering older adults. This is particularly so in some developed nations. Overall, senior citizens still need to be considered for job roles and more employment opportunities need to be created.

Another angle to this involves re-skilling or up-skilling senior citizens to remain relevant in light of the evolving nature of the workplace today. Older persons can also simply be reassigned to roles that are less-tasking for them to remain relevant in the workplace. This calls on employers and other relevant stakeholders to create a job market tailored to be age-friendly. In most developed nations this is already steadily happening.

One of the ways employers are promoting age-friendly workplaces is via intergenerational mentorships. This is an approach that was reported in 2023 by *Transamerica Institute*. It entails mentorships where older adult employees mentor the younger ones and vice versa. That way, older adults remain actively relevant in the workplace by learning what they do not know and passing down what they do know. This goes a long way in avoiding scenarios where the workplace becomes adversarial due to ageism.

Older Adults Investing & Starting Businesses

The other area that needs to be addressed is that of investments and business development. Older persons stand to benefit a lot from making smart investments and or starting businesses. Given their wealth of expertise, knowledge and experience, consulting is one strategic area for them to start businesses in. They can also make financial investments from saved income or they can sell off some of their assets for that. Two issues come into play regarding what we just discussed. One, a notable number of the elderly people is not that conversant with how to make smart investments. Two, the same applies to starting businesses – many senior citizens lack the skills and experience. Thus there is need for older persons to be taught and capacitated in those areas.

Past (Or Current) Employment Benefits & Government-Led Initiatives

Obviously older adults will often be coming from a protracted employment history. Some may even still be actively employed. There are benefits from being employed that should feed into older people's financial security especially when they are retired. This includes aspects such as pensions, retirement packages, insurance covers, and the like. There is need for employers and government systems to be improved with respect to offering employee benefits that aid older persons later on. Employers should also play a role in educating employees on the tenets of financial literacy.

This has to be married with elderly-oriented government initiatives that feed into older people's income streams. Some of that includes social support services, tax breaks, grants, aid, and so on. Government can also incentivise employers to prepare employees for retirement or old age⁴². For instance, they can give incentives that are accessible to employers who institute financial packages that are favourable to older adults. Government and even the private sector must invest in providing accessible and affordable housing and financing for the elderly who need it. Combined, these elements will ease pressure on senior citizens' income (or savings) especially when they are in retirement.

Support From Family & Friends

The third tier to financial security for older adults is support from family and friends. This takes many forms but broadly it can be financial (or material) or otherwise. It is largely commonplace for the elderly to receive financial support from their loved ones where necessary. It is also worth noting that this kind of support also boosts their mental health²⁹. Some older persons get the support in the form of housing (or accommodation) and provision of basic necessities.

However, some older adults do not have this kind of support or even a social support network of supportive loved ones to begin with. This necessitates the need for community and institutional support to fill the gap.

It is important to highlight that if family and friends actively play their part it decongests initiatives (by government or private sector) that ought to actually help those without loved ones. That way the elderly who really do not have the support of loved ones get to benefit. It may seem like a mere talking point but, on many levels, active support from family and friends for older persons is highly beneficial. It reduces demand on the fiscus and addresses elderly financial insecurity whilst providing a robust social support network.

Indispensable Place Of Financial & Digital Literacy

Over and above everything, older adults need to be comprehensively educated on the tenets of financial literacy. This is especially imperative nowadays given the huge influence of digital technologies plus the complex nature of modern day economics and political dynamics. Efforts need to be directed more in this area specifically targeting older persons. If senior citizens are financially literate, that alone can streamline their financial security. They will be better informed and positioned to know what to and what not to do.

It is worth mentioning here that digital literacy tends to flow together with financial literacy. Thus the elderly need to be educated on both. These two domains can be viewed separately but they are effectively so intertwined. No wonder there is now such a thing called digital financial literacy²⁷. When older adults are well-versed on these issues this will also safeguard them from being vulnerable to scam attacks. Studies actually show that at least 2 in every 10 senior citizens have fallen prey to financial scams and or abuse³⁰. Scammers, of all sorts, find older persons to be easy targets and this is often because of financial illiteracy, digitally illiteracy, or both.

Social Support Networks

The elderly experience a number of challenges or limitations in their day to day living. One of them is gradual or rapid decline in mobility. This creates scenarios where most seniors are in periodic or constant need of assistance in certain things. The need for assistance may not always be physical; sometimes they may need informational assistance. All this brings to the fore the importance of social support networks³¹. Older adults need to be surrounded by or placed in environments where they can help or be helped by those living with or around them. The beautiful thing about social support networks is that they even address other issues of concern such as social isolation. Broadly, such social support networks comprise of loved ones, the community, or other fellow senior citizens.

This takes us into a noteworthy subject - the issue of placing the elderly in old people's homes or assisted living homes. Diametrically, there is the option of loved ones opting to stay with the elderly in their homes. In Africa, this is the most common route, essentially making it seem taboo to opt otherwise. Both routes are means to provide the much needed social support networks but they do have their pros and cons. The former tends to be costly and many may not afford. Most service providers charge monthly base fees ranging from at least US\$4500 per senior citizen²⁵. The more the additional services required the costlier.

However, the services provided tend to be comprehensive plus the elderly will likely interact with other elderly people. Regardless, being separated from loved ones may have detrimental effects on them⁹. Thus it does present a complex interplay of variables. The latter is of course relatively cheaper and keeps older people attached to their loved ones. However, there may be limitations since there is no round the clock dedicated attention. Plus the seniors in question may feel socially isolated by not being surrounded by or in touch with other seniors or people

in general. Loved ones may also be overwhelmed with other responsibilities and end up ‘isolating’ their elderly.

Legal Protections and Rights

Older adults are vulnerable for obvious reasons. This makes it easy for their legal and basic rights to be violated. The rights of the elderly may vary depending on nation or location. Broadly, according to the United Nations (UN), the elderly have stipulated inalienable rights in the areas of healthcare, finances, housing and accommodation, care facilities, autonomy and independence, social security, voting, protection from abuse, and legal representation, amongst others. Essentially, the elderly have rights to independence, participation, care, self-fulfilment, and dignity.

For ages now there have not been explicit human right conventions that address ageism particularly with respect to older adults. However, in recent years there has been a steady gravitation towards filling that gap. That is why it is commendable that the United Nations (UN) recently, in 2024, passed a resolution regarding specifically protecting the human rights of the elderly. Ultimately it shall become a legally binding international convention. Moving forward it is imperative for governments, civil society, and the general public to adopt and enforce this piece of legislation to ensure older persons’ legal rights and protections.

Whilst some older adults may be considerably abreast with their rights, many of them are not. This is why there is need for senior citizens to be thoroughly educated on their rights. They also need to be educated on legal protections they are entitled to and courses of action they can take where needed. Furthermore, there is need for advocacy groups or organizations to take centre stage in driving public awareness and providing support where needed. Enforcement authorities also need to be proactive in ensuring the rights of the elderly are not violated. Plus they must ensure action is taken to deal with cases where rights are violated.

Technical-Technological Assistance

We now live in a digital world; a trend that is rapid and will continue to surge. No wonder the subject of digital literacy is intricately interwoven into matters pertaining to older persons. Majority of senior citizens are in what is referred to as the silent generation. These are people who are typically not tech-savvy. This makes it hard for them to navigate this modern day world. They find themselves in a world where almost everything is done via smartphones. It is a world where banking is now mostly done digitally. Even shopping is now largely done digitally. This all means the elderly grapple with lots of technical and technological hurdles daily. This brings to mind two broad things.

One, they need to be regularly taught in order to master the basics of navigating a highly technical-technological world. Two, technical or digital tools and technologies need to be specially tailored for the elderly. Additionally, such tools and technologies must be designed with accessibility options that cater to the elderly’s needs. Social support networks for the elderly do come in here too. People in those circles need to be knowledgeable, proactive and patient in assisting senior citizens whenever necessary. It is also important to highlight that efforts must be put to ensure older people are protected from vulnerabilities e.g. scamming, misinformation, and disinformation²³. It is often murky for the elderly when dealing with technical-technological things, particularly online.

A fundamental aspect to know here is that technical-technological assistance must not be merely assumed. There must be deliberate efforts to seek to understand what the elderly’s specific needs are. Many studies have shown that the major driving motivation for older adults to learn anything is its utility in their daily living⁴⁷. It is one of the reasons why most senior

adults are willing to learn how to be tech-savvy because it is relevant to their daily routines. For instance, in Sweden, the number of older adults using the internet is surging every year. Part of the reason is the elderly there are using digital tools in managing their health⁴⁹.

Health and Wellness Programs

The elderly often have fragile health; that is why their health and wellness need to be prioritized. There are 3 core areas that need to be streamlined here. One is to ensure senior citizens promote regular physical activity¹⁴. Examples are walks and exercises, amongst others. Studies show that older adults are likely to be more engaged and motivated in this if it is done in groups²¹. Two, encouraging and ensuring the elderly eat healthy. Three, there is need for older adults to undergo regular medical check-ups. In light of all these areas, there is also need for education and capacity building.

Caregivers, be it professional ones or loved ones, need to be capacitated to know how to promote the health and wellness of older adults under their care. The older people themselves need to be capacitated to know how to promote their health and wellness. This can be achieved via a host of channels e.g. online and print literature, outreaches, workshops, online content creators – professional health and wellness experts should be actively involved in this. Moreover, the younger generations need, in general, to be educated or at least oriented on healthcare for the elderly⁵⁴. Often times caring for the elderly will be inevitable especially in the immediate and extended family context.

Tailored health and wellness programs need to be put in place targeting the elderly. Such programs could include nutrition and fitness campaigns. Another crucial element is that we must equip the elderly with a wide range of both assistive devices and assistive technology. The World Health Organization (WHO) says that over 2.5 billion people globally are in need of assistive devices and assistive technology⁵⁷. Older adults constitute a substantial portion of that number.

PRESERVING THE ELDERLY'S DIGNITY AND PROMOTING INTEGRATION

First Things First – Ageism & Stereotyping

Before we get into the pith of dignity and integration, we need to consider something. Preserving older adults' dignity and promoting their integration heavily depends on addressing ageism and certain stereotypes. There are a number of stereotypes regarding older adults that people need to know. They all have their root in ageism – which in this case is discrimination on the basis of old age. Ageism can actually be defined as stereotyping, prejudice, and discrimination against the elderly on the basis of age³⁹.

The assumption may be that people know but it is often the case that people do not know. For instance, being depressed, experiencing dementia, and sleeping less are considered as something to be expected in the elderly. However, these are stereotypes and should not be so because an older adult can live normally with no depression, no dementia and sleeping as a long as an adult should. Not only are older adults labelled as vulnerable, they also labelled as burdensome¹⁸. Such stereotypes are problematic.

Another common stereotype is that older adults do not need to learn new skills yet they can and should. Due to limited mobility or deteriorating health, a common older adults stereotype is to consider them a burden. No wonder often times younger generations are not patient and understanding towards the elderly. It is commonplace for the elderly to be labelled slow, weak, feeble, and frail – that is the core of what stereotypes entail regarding older adults².

Being aware of these stereotypes and constantly, actively challenging them is the first step towards preserving older adults' dignity and promoting their integration in society.

Respect and Inclusion In Social Interactions

At the heart of this is the mantra, *"it begins with you, it begins with me, it begins with us"*. Older adults at whatever level must be regarded and treated with respect. This is something that must be constantly socialized into society. It starts at family level, then schools, and it scales up like that depending on one's life path. Younger generations in particular need to be targeted on this since they tend to do most of the stereotyping. It is worth adding that older persons need to also be educated on how they ought to conduct themselves. Sometimes their exclusion or being disrespected stems from their attitudes or mindsets that may be repulsive. So it works both ways.

Earlier we looked at social streams, activities, and events that are age-friendly. Such platforms should be used as opportunities to drive the message of respect and inclusion when it comes to social interactions with the elderly. The overall approach should be to engage the entirety of a community in promoting respect for and inclusion of the elderly⁵. Social inclusion for senior citizens must be prioritized in all matters stemming from decision-making in families to larger scales such as communities, localities, nationwide, and beyond. Senior citizens stand to be better appreciated if they are actively involved.

It is also important to invest in educating businesses or any service providers that provide goods and services. Such entities are bound to interact with older adults often and at many points. It is essential that such entities or providers be well-trained on how to respectfully interact with the elderly. This in a way means that employers have a huge responsibility to ensure that happens. In essence, company and organizational cultures must include clear tenets on respect for and inclusion of older adults.

Encouraging Intergenerational Connections

Just moments ago we were discussing respect for and inclusion of older adults in society. For that to take off there is need for intergenerational connections to be created. This will develop dialogue and experiences that actively help in debunking stereotypes and misconceptions. Often times it is human nature for people to attack or mistreat what they do not know or understand. The younger generations get to understand the older generations better via engaging with them. A lot of what we discussed throughout this article feeds into perpetuating intergenerational connections.

However, beyond it happening by extension there is a need to deliberately encourage those connections. It must be fundamental. It is also pertinent to appreciate that these intergenerational connections have been proven to have positive mental health effects on the elderly³⁶. When we look at every single aspect discussed in this article, there is always a place for intergenerational connections. This makes it clear that the secret to winning in our bid to create elderly-friendly communities is through an intergenerational approach.

Access To Education and Personal Growth Opportunities

One of the common stereotypes or misconceptions about the elderly is that they cannot learn or should not learn new skills. Many people assume that older adults should just spend the bulk of their days indoors, seated or in bed. That should not be the case. Just like any person, it is beneficial for senior citizens to exert their minds and bodies in furthering their education or personal growth. *John Hopkins Medicine* reports that there is a correlation between elderly learning and reductions in cognitive decline e.g. dementia.

Thanks to the digital era we are in, older persons have many options when it comes to continued education and personal growth. There are many online courses or classes they can undertake. It makes you realize just how imperative that older adults are equipped with digital literacy. Offline still, there are many such opportunities, particularly community-based that they can benefit from. What they choose to learn can be aimed at simply staying physically and mentally active. Yet another avenue can actually be to explore ways to generate income via new skills. In their learning pursuits, the elderly also get to be socially active thus warding off social isolation. Research does show that older adults perform better when learning under collaborative frameworks¹².

All these are noble pursuits but if stereotypes and misconceptions are not challenged and addressed, older adults may not have access. Thus there is need to ensure senior citizens have cost-effective and easy access to education and personal growth opportunities. Such opportunities will even equip them with the relevant knowledge and expertise to stay relevant on the job market. Even better, they can go on to start and run thriving businesses. This then boosts older people's quality of life; so the rewards are several. However, it is necessary for more context-specific studies to be done to better understand dynamics around senior citizens entrepreneurship⁵⁸.

To add here is that creative and enterprising individuals can actually come up with business solutions to address this need. Older adults obviously need specially tailored education and personal growth programs. Interested people can work on building and providing that and turning it into a thriving business. The possible approaches and areas of specialization are innumerable. They then get to make money whilst providing invaluable benefits to senior citizens. Both the private and public sectors have a role to play in this.

STRENGTHENING THE ELDERLY'S POSITION AND LEADERSHIP ROLE

Since time immemorial, older adults have typically held a special position in society. They have also been instrumental in playing a community leadership role – by default or institutionally. In recent times, however, all that has been steadily getting eroded. There is now a trend where the elderly are either shunned or disregarded from playing those traditional roles. This is indicative of generational gaps that often lead to intergenerational tensions. Younger generations need to be educated so that they regard the elderly respectfully. They also need to be put in collaborative contact with older adults so that they are educated experientially³².

That is why intergenerational initiatives must be promoted to build rapport between older adults and younger generations¹. We did explore a lot of that in some earlier parts of our discussion. This is just to cement the pivotal role intergenerational initiatives can play in the build-up to the elderly's position being strengthened in society. Society stands to benefit from the value the elderly provide as community leaders and bearers of wisdom. In the same vein, the elderly also benefit by having a healthy sense of purpose, belonging, and fulfilment. That is why we need to at the very least address the following areas:

Empowering The Elderly As Community Leaders and Mentors

Senior citizens are a special demographic of the population for a number of reasons. They possess a wealth of expertise, knowledge, and experience across many facets. This makes them best suited to impart value to upcoming generations in many ways. They have travelled the journey and what they possess is beyond just theoretical – they have real life accounts. Research has also shown that older adults typically have a self-esteem that is sky high⁴³. All this qualifies older adults to be effective community leaders and mentors.

Two things are pertinent there. One, older people need to be afforded the opportunities to lead and mentor. Two, they themselves can carve niches where they lead and mentor. They of course can choose to do it as a community service or they can monetize it. The bottom line is that they need to be empowered by being linked up to strategic platforms and getting the necessary support.

Senior citizens can play these leadership and mentorship roles in the domains of business and entrepreneurship. This would be best if they are coming from a protracted history of active involvement in those spaces. Remember much earlier on we touched on the prospects of older adults getting into consultancy or consulting work. Due to their vast professional experience, older adults have limited entry barriers into this area. It is one way for them to become community leaders and mentors. The other domain is the career or professional path. Most elderly people will be coming from many years of being employees. This enables them to be well-placed to lead and mentor in the same domains with younger generations as the target.

Many people assume that older adults are not suited to these roles because of cognitive deterioration. Understandably, many adults do decline cognitively and that cannot be ignored. However, there are also a substantial number of senior citizens who still do well cognitively despite advanced age. This demonstrates how misleading it can be to just blanket older adults using one label or characteristic. Studies have actually shown that older persons often improve in their executive functions³⁵. This is why they become best wired to operate as effective leaders and mentors in the varying capacities across the socio-economic spectrum.

The other important area senior citizens can contribute towards is life skills. No matter where one is coming from, any elderly person has lots of life lessons they can impart to younger generations. This means they can become life coaches, public speakers, and can also write books or any relevant life skills literature. They can become contributors in or come up with their own mentorship initiatives for wide-ranging subject matters.

Studies continue to show that senior citizens are healthier and happier if they are part of symbiotic relationships. It is even more so when they are part of relationships that enable them to make a difference³⁵. That is why affording older persons the room to impart life skills to other generations will appeal to them. Imparting life skills is interactive and younger generations are generally eager to benefit. Again, we see how that promotes social inclusion through intergenerational connections.

Then let us also not forget that older adults can make a difference by actually becoming leaders in various capacities. Depending on nations and locality in question, there are many leadership roles senior citizens can consider. This can be at neighbourhood level, community level, and municipal level; and branches out into more and more upper levels. Older people must be given room to participate or contest to become leaders in their communities. Aside from the leadership angle, older adults can also function in their communities as experts and advocates of varying subject matters¹⁹.

Preserving and Facilitating Sharing Of Life Experiences and Wisdom

The elderly have been through so many things in their lives. They have innumerable memories right up from when they were little kids. They have or have had countless friendships along the way. They have forged, lost, and preserved many relationships along the way. They have had various pursuits in many different facets and different levels. All these areas form an inexhaustible pool of life experiences and wisdom. Instead of them being stored away in their hearts and minds, they need to be shared. For this to happen, it has to be encouraged and

facilitated. That calls upon all of us to play a part in making that happen. Over and above that, we must preserve this knowledge so that it becomes timeless.

This is why the subject of storytelling becomes so important. We are already living in a world where storytelling has become such an indispensable part of daily living. Every day when you interact with traditional media and more potently, digital media, storytelling is commonplace. We need to make it possible for older adults to share their life experiences and wisdom. The benefits are remarkable! Just from storytelling, the elderly can experience better health, ageism and stereotypes are eradicated, and social inclusion is promoted⁴⁶. We must organize events, systems, and platforms where the elderly can share their stories. Some of the most strategic channels for this are blogs and podcasts. Regardless, even offline platforms are still quite relevant. We should also encourage and facilitate for their stories to be made into books and even motion pictures e.g. movies and documentaries.

This sharing or storytelling process should be done mostly through events and largely online. This is strategic in that it will easily promote engagement or dialogue. People can get to ask questions or seek clarity where need be. The audience gets to enjoy rich knowledge and wisdom. Not only that, the senior citizens telling their stories will feel an incredible sense of purpose, belonging, and fulfilment. Social connections are built, cohesion is built, and valuable information (even cultural heritage) is preserved. There are even well-researched studies that have shown that storytelling by older adults boosts their psychological and physical wellbeing¹³. Plus it is much easier for younger generations to empathize with the elderly if they hear their real-life stories. This has to an on-going process and the elderly should easily and cost-effectively gain access to such opportunities.

It is important to realize that creating opportunities for the elderly to contribute to society should be a collective effort. Sometimes the elderly may not have the capacity and means to contribute. Yet they will be in possession of something invaluable to contribute – life stories, expertise, skills, and so on. Sometimes the older people may have never thought that they can or should contribute to society. That is why sometimes, if not most times, we have to create the opportunities they need. Let us create events and let us create platforms that afford senior citizens a voice in order to contribute. When this happens we do immensely well in strengthening the elderly's position and leadership role in society²⁶. Their active participation at community definitely preserves their place in society.

CONCLUSION

The subject we have been unpacking is multi-layered and expansive. This article was meant to bring attention to what is core and make a clarion call to action for people to create an elderly-friendly society. Not only did we highlight how we can support older adults, we also highlighted the value we can leverage from them. What we discussed in this article goes a long in answering the “how” question in making all that a reality.

A foundational aspect that kept recurring in almost every talking was ageism as a stereotype and as a breeding ground for stereotypes. We discussed many approaches and interventions in this article that are practically applicable. However, if ageism is not effectively dealt with, it will undercut any efforts towards creating an elderly-friendly or age-friendly society. Education and widespread awareness is non-negotiable and the approaches must always be intergenerational.

We have explored our discussion from a global perspective whilst zoning in on some specific contexts of course. However, if we are to effectively create elderly-friendly or age-friendly cities or communities, we need to be more contextual. What may work and apply in a certain location may need to be tweaked when looking at another. It is also important to be empirical when interrogating the matters obtaining as per chosen context. For that to happen we need to apply the inclusive programming model. That way all concerned parties are involved in diagnosing problems and creating solutions to them.

A lot has been done from a policy standpoint in many nations. In many nations there are policies and actual laws that seek to create an elderly-friendly society. That is commendable. However, more still needs to be done to constantly keep policies and laws relevant given the rapidly evolving nature of modern day society. Of particular note is that there must be more being done to enact binding laws that protect and enhance the overall wellbeing of older adults. It is also essential to keep stimulating conversations on this subject offline and online.

Another area that must be given more attention is research; we need to research more in all the aspects we have discussed in this article. There are research gaps that must be filled. For instance, the perceptions of older adults regarding age-friendly cities or communities are still largely under-researched. The subject of older adults in business and entrepreneurship is also under-researched.

We must also appreciate the vast differences in contexts from nation to nation and from location to location. For example, just by looking at developing nations versus developed nations, the differences and nuances are countless and intricate. Thus to better approach this subject in its entirety, more granular and context-specific studies are needed. There are also notable differences between the experiences of older adults in rural settings and those in urban settings.

Though there are a number of studies that have been done focusing on either, the rural demographics are often barely or not researched. Some of what is used mainstream to generally refer to or describe older adults' circumstances is inaccurate especially when looking at those in rural areas. Sometimes it is vice versa too but it is mostly urban-related findings that are assumed to also apply to rural older folk. That needs to be addressed.

The bottom line is that creating an elderly-friendly society is possible. Before we even look at what the elderly can bring to the table, they need our support. That must be understood and given due attention. Next up, older persons bring something of value to the table and so do the younger generations. We just need to harmonize how these two sides relate and interact. That is why in our efforts in creating elderly-friendly communities we must always employ an intergenerational, multidisciplinary, multifaceted, and multisectoral approach.

REFERENCES

1. Andrew, S. (2021). *Toward interventions to reduce internalized ageism*. Human Behav Soc Environ. 2021;32:336-355. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10911359.2021.1898516>
2. Barber, S. J. (2020). *The Applied Implications Of Age-Based Stereotype Threat For Older Adults*. Journal Of Applied Research In Memory and Cognition. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jarmac.2020.05.002>
3. Biggs, S, et al. (2020). *Intergenerational relationships and social isolation: A systematic review*. Ageing & Society, 40(8), 1731-1756.
4. Brinkhof, L. P., de Wit, S., Murre, J. M., Krugers, H. J., & Ridderinkhof, K. R. (2022). *The subjective experience of ageism: The Perceived Ageism Questionnaire (PAQ)*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14), 8792. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148792>
5. Buffel, T.; Remillard-Bollard, S.; Walsh, K.; McDonald, B.; Smetcoren, A.-S.; De Donder, L. (2020). *Age-Friendly Approaches and Old-Age Exclusion: A Cross-City Analysis*. Int. J. Ageing Later Life 2020, 1-29. Available from: <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.1470>
6. Catholic Healthcare. (2024). *3 Benefits of Social Activities for Older Adults & Seniors*. Available from: <https://www.catholichealthcare.com.au/news/2024/06/social-activities-for-older-adults-seniors/>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Health effects of social isolation and loneliness*. Available from: <https://www.cdc.gov/social-connectedness/risk-factors/>
8. Cohen, S., et al. (2020). *Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk*. PNAS, 117(16), 8838-8846.
9. Cottrell, L., Duggleby, W., Ploeg, J., McAiney, C., Peacock, S., Ghosh, S., Holroyd-Leduc, J. M., Nikolaichuk, C., Forbes, D., Paragg, J., & Swindle, J. (2020). *Using focus groups to explore caregiver transitions and needs after placement of family members living with dementia in 24-hour care homes*. Aging & Mental Health, 24(2), 227-232. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531369>
10. Daly JR, Depp C, Graham SA, Jeste DV, Kim HC, Lee EE, Nebeker C. (2021). *Health impacts of the stay-at-home order on community-dwelling older adults and how technologies may help: focus group study*. JMIR Aging. Available from: <https://doi.org/10.2196/25779>
11. De Mello, A. C. C., Da Silva Araujo, A., Da Costa, A. L. B., & Marcolino, T. Q. (2021). *Meaning-making in occupational therapy interventions: a scoping review*. Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional, 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoar2158>
12. Derksen BJ, Duff MC, Weldon K, Zhang J, Zamba KD, Tranel D, Denburg NL. (2015). *Older adults catch up to younger adults on a learning and memory task that involves collaborative social interaction*. Memory 23, 612-624. Available from: <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.915974>
13. Driessnack, M. (2017). *"Who are you from?": The importance of family stories*. Journal of Family Nursing. 23:434-449. Available from: <https://doi.org/10.1177/1074840717735510>
14. Eckstrom E, Neukam S, Kalin L, Wright J. (2020). *Physical activity and healthy aging*. Clin Geriatr Med. 2020;36(4):671-83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.009>

15. Ermer AE, York K, Mauro K. (2021). *Addressing ageism using intergenerational performing arts interventions*. Gerontol Geriatr Educ. 2021;42:308-315. Available from: <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1737046>
16. Fakoya, O.A., McCorry, N.K. & Donnelly, M. *Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews*. BMC Public Health 20, 129 (2020). Available from <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6/>
17. Fantin, N. (2023). *Ageing With Dignity: Ensuring Human Rights For The Elderly*. Generation for Rights Over The World (GROW). Available from: <https://www.growthink.org/en/ageing-with-dignity-ensuring-human-rights-for-the-elderly/>
18. Gans, H. M., Horhota, M., and Chasteen, A. L. (2023). *Ageism against older adults: how do intersecting identities influence perceptions of ageist behaviors*. J. Appl. Gerontol. 42,1191-1199. Available from: <https://doi.org/10.1177/07334648231161937>
19. Greenfield, E. A., & Reyes, L. (2022). *Characterising older adults' engagement in age-friendly community initiatives: Perspectives from core group leaders in the Northeast United States of America*. Ageing and Society, 42(6), 1465-1484. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0144686X2000166X>
20. Hajek, A., Riedel-Heller, S. G., & Konig, H.-H. (Eds.). (2023). *Loneliness and social isolation in old age: Correlates and implications*. Routledge.
21. Harada, K, Masumoto, K, and Kondo, N. (2019). *Exercising alone or exercising with others and mental health among middle-aged and older adults: longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects*. J Phys Act Health. Available from: <https://doi.org/10.1123/jpah.2018-0366>
22. Harper, S. (2024). *The Advantages Of An Ageing Population*. Age International. Available from: <https://www.ageinternational.org.uk/policy-research/expert-voices/the-positive-impacts-of-an-ageing-population/>
23. Havers, B., Tripathi, K., Burton, A., McManus, S., & Cooper, C. (2024). *Cybercrime victimization among older adults: a probability sample survey in England and Wales*.
24. Heart To Heart (H2H). (2024). *Helping Elderly With Technology: The Tech Connection*. Available from: <https://www.h2hhc.com/blog/helping-elderly-with-technology>
25. Kahler, R. (2024). *Is Long-Term Care Too Expensive*. VettaFi, Advisor Perspectives. Available from: <https://www.advisorperspectives.com/articles/2024/04/02/long-term-care-expensive>
26. Kanamori, Y., Morita, T. (2021). *Interactions of community organization activities participation for healthy older adults living alone*. Yamaguchi Med J, 70 (1), pp. 5-16. Available from: <https://doi.org/10.2342/ymj.70.5>
27. Kim, J., & Lee, Y. (2022). *Financial security and wellbeing: A systematic review*. Journal of Consumer Affairs, 56(1), 137-163.
28. Ko, Y., Noh, W. (2021). *A scoping review of homebound older people: Definition, measurement and determinants*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), p.3949. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18083949>
29. Krause, N. (2007). *Longitudinal study of social support and meaning in life*. Psychol Aging. 22: 456-69. Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2007-13103-005.html>
30. Liapi, D. (2016). *Economic and Social Elder Abuse*.
31. Liu N, He Y, Li Z. (2022). *The relationship between internet use and self-rated health among older adults in China: the mediating role of social support*. Int J Environ Res Public Health. 19:14785. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214785>

32. Lytle A, Levy SR. (2019). *Reducing ageism: education about aging and extended contact with older adults*. Gerontologist. 2019;59:580-588. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>
33. M. Levasseur, M. Lussier-Therrien, M. L. Biron, E. Raymond, J. Castonguay, D. Naud, et al. (2022). *Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition*. Age Ageing (2022), p. 51.
34. Martin-Maria, N., Caballero, F. F., Lara, E., Domenech-Abella, J., Haro, J. M., Olaya, B., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2021). *Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 36(1), 76-85. Available from: <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
35. McKinsey Health Institute (MHI). (2023). *Age is just a number: How older adults view healthy aging*. McKinsey.
36. Murayama Y, Ohba H, Yasunaga M, Nonaka K, Takeuchi R, Nishi M, et al. (2015). *The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults*. Aging Ment Health; 19(4):306-314. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25010219/>
37. National Institute On Aging (NIA). (2022). *Participating in Activities You Enjoy As You Age*. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-aging/participating-activities-you-enjoy-you-age/>
38. Naysa, S.(2024). *Understanding Elderly Poverty In South Africa*. The Borgen Project. Available from: <https://borgenproject.org/elderly-poverty-in-south-africa/>
39. Nelson, T. D. (2016). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. MIT Press.
40. Ng, R., Indran, N. (2023). *The Rise of Older Influencers: Their Impact, Potential and Future*. Generations Today, American Society on Aging. Available from: <https://generations.asaging.org/rise-older-influencers>
41. Nordenfelt, L. (2004). *The Varieties Of Dignity*. Health Care Anal 2004; 12: 69-81; Discussion 83-89. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/b:hcan.0000041183.78435.4b>
42. O'Brien, L., Sturrock, D. and Cribb, J. (2024). *Adequacy of future retirement incomes: new evidence for private sector employees*. Institute for Fiscal Studies, Report 331. Available from: <https://ifs.org.uk/publications/adequacy-future-retirement-incomes-new-evidence-private-sector-employees>
43. Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). *Development of self-esteem from 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies*. Psychological Bulletin, 144(10), 1045-1080. Available from: <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
44. Our World In Data. (2024). Available from: <https://ourworldindata.org/data-insights/by-2060-the-number-of-people-aged-65-and-older-will-be-more-than-four-times-what-it-was-in-2000/>
45. Pan American Health Organization (PAHO). (2023). *Age-friendly Cities and Communities*. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/age-friendly-cities-and-communities/>
46. Pecorini, B. C., Duplaa, E. (2023). *Digital narrative gerontology as bridges between generations to improve well-being, learning, and shared experiences*. Innov Aging, 7(Suppl 1):240. Available from: <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0789>
47. Seifert, A., Cotton, S. R., and Xie, B. (2021). *A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19*. The journals of gerontology: series B, 76(3), e99-e103. Available from: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/76/3/e99/5872331>

48. Smowltech. (2024). *Inclusive society: characteristics, why and how to build it*. Available from: <https://smowl.net/en/blog/inclusive-society/>
49. The Swedish Internet Foundation. (2023). *The Swedes and the Internet 2023*. Available from: <https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2023/10/internetstiftelsen-svenskarna-och-internet-2023.pdf>
50. U.S. Census Bureau. POV-01. *Age and Sex of All People, Family Members, and Unrelated Individuals*, 2022. Available from: <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/income-poverty/cps-pov/pov-01.html>
51. UNESCO Institute for Statistics. (2018). *A Global Framework of Reference on Digital Literacy Skills for Indicator 4.4.2*. UNESCO Digital Library. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265403.locale=en>
52. United Nations Department Of Economic and Social Affairs, Population Division. (2006). *Population Ageing 2006*. New York. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>
53. United Nations Population Fund (UNFPA). (2023). *Ageing*. Available from: <https://www.unfpa.org/ageing/>
54. Verhage M, Schuurman B, Lindenberg J. (2021). How young adults view older people: exploring the pathways of constructing a group image after participation in an intergenerational programme. *J. J Aging Stud.* 2021;56:100912. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100912>
55. Verissimo, J., Verhaeghen, P., Goldman, N. et al. (2022). *Evidence that ageing yields improvements as well as declines across attention and executive functions*. *Nat Hum Behav* 6, 97-110. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01169-7>
56. World Health Organization (WHO). (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. WHO Press; Geneva, Switzerland: 2007. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307>
57. World Health Organization (WHO). (2024). *Assistive Technology Fact Sheet*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
58. Zhu, Y., Collins, A., Xu, Z., Sardana, D., & Cavusgil, S. T. (2022). *Achieving aging well through senior entrepreneurship: A three-country empirical study*. *Small Business Economics*, 59(2), 665-689. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11187-021-00564-8>

ULOGA I ZNAČAJ SOCJALNOG RADNIKA U ZAŠTITI STARIJIH OSOBA

Sažetak

Jedna od osnovnih zaštita starijih osoba odnosi se na uslugu njihovog smještaja, kojim se osigurava stanovanje i zadovoljavanje životnih potreba, zdravstvena zaštita koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne zaštite.

Taj smještaj u principu obuhvata: usluge prihvata, stanovanja, prehrane, nabavke odjeće i obuće, održavanja lične higijene, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije, te organizaciju slobodnog vremena.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije razlikuje se nekoliko razina starosne dobi: mlađa starija dob (65 – 74 godine), starija dob (75 – 84 godine), stariji stari (85 godina i nadalje) i stogodišnjaci. Međutim, definisanje starosti nije isključivo pitanje nečije hronološke dobi i funkcionalnih sposobnosti već i odnos kvalitete nečijega života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj neka osoba živi.²

Proces starenja je fiziološki, individualan proces koji kod ljudi ide različitom tempom, što znači da svaki čovjek stari različito na svoj način. Starost je ujedno i posljednji stadij života, koji obuhvata čak trećinu života. U ovom periodu osoba se priprema za kraj svog tjelesnog postojanja.

Kako bi starija osoba uspjela da što ljepše proživi taj period, posebno je bitna njegova socijalna karta, odnosno mogućnosti koje mu daju osjećaj vlastite vrijednosti i kontrole. Takvo stanje mu povećava samopuzdanje, raspoloženje i tješi njegovu staračku usamljenost. Pored porodice, veliku ulogu u takvom stanju imaju razna udruženja, volonteri i druge organizacije, koje će svojim aktivnostima i programima rada značajno doprinijeti smanjenju osjećaja samoće starijih ljudi i pokazati im da nisu sami i zaboravljeni.

Ključne riječi: Zaštita, starije osobe, starosna dob, socijalna karta, socijalni radnik, udruženje, volonteri, socijalne ustanove.

¹ E-mail:salihselimbasic@yahoo.com; selimbasic.salih63@gmail.com,

² Vuletić, S., Juranić, B., Rakošec, Ž., Mikšić, Š., Jurić, K. A., Bioetičke inicijative revalorizacije starosti i starijih ljudi, Gerontološko-gerijatrijska obilježja starosti i starenja, Osijek, 2018.godine,

Summary

One of the basic protections for the elderly refers to their accommodation service, which ensures housing and meeting life's needs, health care that is provided to the elderly in social welfare homes.

This accommodation in principle includes: reception services, housing, food, clothing and footwear, maintenance of personal hygiene, health care and care, guarding, work activities, psychosocial rehabilitation, and organization of free time.

According to the definition of the World Health Organization, several levels of age are distinguished: young old age (65-74 years), old age (75-84 years), elderly old (85 years and beyond) and centenarians. However, defining age is not only a question of one's chronological age and functional abilities, but also the relationship between the quality of one's life, the system of values and the characteristics of the environment in which a person lives.

The aging process is a physiological, individual process that goes at a different pace for people, which means that every person ages differently in their own way. Old age is also the last stage of life, which includes as much as a third of life. In this period, a person prepares for the end of his physical existence.

In order for an elderly person to be able to live that period as beautifully as possible, his social card is especially important, that is, the opportunities that give him a sense of self-worth and control. Such a state increases his self-confidence, mood and comforts his old-age loneliness. In addition to the family, various associations, volunteers and other organizations play a major role in such a situation, which with their activities and work programs will significantly contribute to reducing the feeling of loneliness of older people and show them that they are not alone and forgotten.

Keywords: Protection, elderly people, old age, social card, social worker, association, volunteers, social institutions.

Uvod

Briga o starijim osobama u porodici, danas skoro da ne postoji. Jedan dio te brige preuzimaju institucije i to manje društvenog nego privatnog karaktera. U određenim sredinama takav sistem smještaja starijih osoba postaje vrlo značajan i popularan kod određenih subjekata. Broj objekata i smještajnih kapaciteta je u stalnom porastu, jer je i ukupan broj starijih osoba u porastu i zahtijeva pomoć i zaštitu za smještaj. Određene statistike pokazuju da starije osobe danas žive duže od ranijih generacija.

Posebnu ulogu u brizi o starijim članovima porodice putem svojim uslugu daju socijalne i zdravstvene ustanove. To realizuju putem svojim uposlenika socijalnih i zdravstvenih radnika. Troškove usluga smještaja najčešće finansiraju korisnici usluga. Socijalne i zdravstvene ustanove kao nosioci troškova ili subvencija pojavljuju se u vrlo rijetkim slučajevima i to onim korisnicima gdje su općine nosioci subvencija i troškova smještaja.

Socijalni radnici su osnovna karika u procesu pronalaska smještajnih kapaciteta koji odgovaraju određenoj starijoj osobi, shodno njenoj zdravstvenoj situaciji. Takođe, oni su glavni pregovarači u određivanju visine naknade i uslova koji su neophodni za određenu osobu.

Vrlo često se dolazi u situaciju da su kapaciteti ovih ustanova u nekim sredinama preopterećeni ili svojim uslugama nemogu da ispune tražene uslove za korisnika. U nekim sredinama imamo slučajeva da su kapaciteti neiskorišteni, odnosno ne odgovaraju korisnicima iz više razloga. Neuslovnost, udaljenost, usluga, visoke cijene, nemogućnost posjeta, tako da tada nastaju problemi kako za porodicu, tako i za stariju osobu.

U ovim situacijama posebno problema imaju starije osobe čije su porodice van države življenja, tako da u ovim slučajevima brigu preuzimaju socijalni radnici i ustanove. Takođe, problem se javlja u slučajevima gdje starije osobe zbog stanja u kom se nalaze zahtijevaju stalnu i trajnu brigu. Ovakvi slučajevi zahtijevaju institucionalnu zaštitu i činjenica je da ovakvih slučajeva ima sve veći broj.

Veoma je teško cijeniti opće društveni pogled prema starijim osobama, koje zahtijevaju nečiju pomoć, da li se ona odnosila na članove porodice ili institucije, jer ovo današnje društveno dobro su oni-starije osobe stvarali. Vrlo negativno u ovim odnosima što nitko ne želi da njih razumije ili da im učini uslugu koja se ne plaća, te da to njihovo zbrinjavanje u neku od ustanova socijalne zaštite bude trajnog karaktera.

Takođe, vrlo je bitno naglasiti, da starije osobe se teško odlučuju na život u novim i nepoznatim, sredinama, da ulaze i izgrađuju nove odnose i da mijenjaju svoje svakodnevne navike.

Pojam i uloga socijalnog radnika

Socijalni radnik je stručno lice, koje se primarno bavi proučavanjem i rješavanjem socijalnih problema čovjeka u prvom redu starijih i svih drugih osoba u njihovim zahtjevima, kao što su problemi smještaja i stanovanja, ishrane, higijenskih i materijalnih uslova života i rada, kao i problema u međuljudskim odnosima i ponašanju pojedinaca (zbog siromaštva, starosti, bolesti, nasilja, ovisnosti, kriminaliteta i sl). Radna mjesta socijalnih radnika najzastupljenija su u Centrima za socijalni rad i svim njihovim podružnicama socijalne pomoći kao što su, domovi za starije, domovi za osobe s mentalnim oštećenjem ili psihičkim oboljenjem, dječji domovi, zatvori, općim i psihijatrijskim bolnicama, zavodima za vještačenje, neprofitnim

organizacijama, vrlo malo u školama i pravosuđu, a u privatnom sektoru u privrednim organizacijama.³

Socijalni radnik provodi socijalnu zaštitu u praksi, a socijalni rad u teoriji. Socijalni radnici rade s ljudima koji se u svakodnevnom životu suočavaju s najrazličitijim socijalnim teškoćama do kojih dolazi zbog porodičnih problema, siromaštva, nezaposlenosti, kriminala i drugog. Nastoje direktnim savjetovanjem i informiranjem pomoći u prepoznavanju problema i traženju rješenja.⁴

Socijalni radnik u svakodnevnom radu i životu suočava se sa različitim teškoćama socijalnog karaktera do kojih dolazi zbog porodičnih problema, siromaštva, nezaposlenosti, kriminala, narkomanije i drugog. On kroz direktne kontakte i razgovore na principima savjetovanja, informativnih razgovora i raznih vidova pomoći prepoznaje probleme i traži njihovo rješenje. Socijalni radnik je stručno i obrazovano lice sa završenom Visokom školom socijalno zdravstvenog smjera.

Pored ostalog u poslove i zadatke socijalnog radnika uključuje se pomoć osobama i porodicama s ličnim i porodičnim socijalnim problemima. Problemi mogu biti nezaposlenost, financijske teškoće, problemi koji nastaju zbog starosti, bolesti, invalidnosti, neželjene trudnoće, asocijalnog ponašanja, alkoholizma ili ovisnosti o drogama. Pomažu i pri nepovoljnim okolnostima, kao što su teški sukobi u porodici, zlostavljanje djece ili bračnog partnera. Socijalni radnici takođe, analiziraju situaciju korisnika i zajedno s korisnicima planiraju moguće pristupe u rješavanju problema. Prikupljaju podatke i sami ili u timu stručnjaka podnose izvještaje o pojedinim slučajevima za potrebe sudova i drugih pravnih postupaka.

Savjetuju maloljetnike koji imaju poteškoće u socijalnom prilagođavanju ili ozbiljne poteškoće u školi. Savjetuju roditelje, surađuju s nastavnicima i stručnim saradnicima u školama da bi bolje prepoznali uzroke problema i izradili zajednički plan tretmana. Otkrivaju djecu bez primjerene roditeljske pomoći i preduzimaju mjere za njihovo zbrinjavanje. Angažuju se na traženju posvojitelja ili hraniteljske porodice, te organiziraju smještaj u dječji dom za djecu bez roditelja, napuštenu ili zanemarivanu djecu. Dogovaraju pomoć i brigu u kući za osobe s invaliditetom te organiziraju i pružanje pomoći starijim osobama. Pomažu pri rješavanju problema koje imaju samohrani roditelji. Pomažu nesposobnim osobama ili savjetuju osobe koje nisu sposobne same voditi računa o svojim interesima, pa su zbog toga stavljeni za pomoć centara za socijalni rad.⁵

Socijalni radnici učestvuju u davanju mišljenja u sudskim postupcima za maloljetnike koji su prestupnici u slučajevima određivanja uvjetnog otpusta iz kazneno-popravnih ustanova, provode odgojne sankcije određene maloljetnicima i izvještavaju nadležnog suca o rezultatima tih mjera. Pored svega navedenih socijalni radnici izrađuju i tzv. socijalne anamneze za potrebe suda ili državnog tužilaštva u kaznenim postupcima u svrhu određivanja primjerene sankcije (odgojne mjere). Nadziru uvjetni otpust odraslih osuđenih osoba. Sudjeluju u zakonskim postupcima mirenja bračnih drugova prije razvoda braka, u stvaranju i donošenju mišljenja za sud o povjeravanje djeteta na čuvanje i odgoj jednom od roditelja ili drugoj osobi, te pri određivanju kontakta djeteta s roditeljem kojem dijete nije povjereno na čuvanje i odgoj. Često u tim postupcima usko surađuju s pravnikom i psihologom.

³ Wikipedija, Slobodna enciklopedija, pristupljeno: 27.11. 2024. godine od 13,00 do 15,00 sati,

⁴ E-usmjeravanje.hzz.hr/socijalni-radnik,

⁵ Isto,

Rade u službama za zaštitu mentalnog zdravlja ili drugim zdravstvenim ustanovama koje vode brigu o tome da se osobama s emocionalnim i mentalnim problemima, osobama koje s liječe od drugih teških i kroničnih bolesti osiguraju razne usluge, socijalna rehabilitacija, osposobljavanje za funkcioniranje u svakodnevnom životu ili interveniraju u kriznim situacijama. Ako su zaposleni u industriji ili službama za zapošljavanje, pomažu i osiguravaju savjetovanje radnicima u rješavanju njihovih osobnih i obiteljskih problema koji bi mogli utjecati na kvalitetu njihovog rada. U nekim ustanovama zajedno s drugim stručnjacima sudjeluju u analiziranju, planiranju i procjeni mjera socijalne politike i zaštite.

Socijalni radnici moraju imati pozitivan odnos prema ljudima, emocionalnu stabilnost, biti osjetljivi za probleme drugih i imati motivaciju da im pomognu, a da se pri tom sami ne osjete pogođenima. Trebali bi biti tolerantni bez obzira na razlike u dobi, obrazovanju i kulturnom okruženju iz kojeg osoba dolazi, a posebno zbog socijalno nepovoljne situacije u kojoj se netko može zateći. Poželjno je da socijalni radnik ima dobre organizacijske sposobnosti, jer će morati organizirati različite usluge za svoje korisnike i pri tome surađivati s različitim institucijama. Važan je osjećaj za realnost i sposobnost brze prilagodbe na promijenjene uvjete i novonastale situacije. Moraju biti upoznati s osnovama psihologije, pedagogije, sociologije, porodičnog prava, kriminaliteta i kaznenog prava, upravnog postupka te poznavati uređenje školstva, zdravstva, pravosuđa, zapošljavanja i gospodarstva. Zbog prirode posla moraju imati želju za stalnim stručnim usavršavanjem i osposobljavanjem.⁶

Socijalni radnik ima veliko srce i rado prihvata probleme i brige drugih i najvažnija mu je dobrotvorna svrha njegovog rada. On u svom poslu pomaže ljudima kako prebroditi krizne ili hitne situacije, te riješiti konflikte. U svemu tome u raznim ustanovama i surađuje s psiholozima i doktorima. Ovisno o specijalizaciji, brine se o djeci i mladima iz teškog socijalnog porijekla, osobama s invaliditetom, starijim osobama, ovisnicima, zatvorenicima ili puštenim zatvorenicima. Prati ljude kojima je potrebna pomoć integracije u društvo ili im pomaže da se nose sa svakodnevnim životom.

Biti i raditi kao socijalni radnik nije lako. S jedne strane, mnoga socijalna zanimanja su nedovoljno financirana iz političkih razloga, te je stoga radna snaga u potpunosti iskorištena. Moraš biti u stanju nositi se s ovim pritiskom i to zahtijeva stabilnu osobnost. S druge strane, profesionalci koji rade u socijalnom sektoru ponekad se bave teškim individualnim sudbinama. Oni se brinu o ljudima koji se bore s ovisnošću o drogama, invaliditetom, nasiljem i siromaštvom. To može biti psihički vrlo stresno i zahtijeva visoku emocionalnu snagu i sposobnost isključivanja i distanciranja nakon posla. Također ti daje ogromnu odgovornost koje moraš biti svjestan. Kod socijalnog radnika, naravno, socijalne su vještine također bitne. Moraš biti u stanju suosjećati s ljudima i biti spreman prihvatiti njihove probleme, te ih zajedno riješiti. Uvijek bi trebao ostati diskretan kako ne bi zlorabio veliko povjerenje koje ti klijenti daju. U isto vrijeme moraš biti sposoban razmišljati i djelovati na način koji je usmjeren na rješenje problema. Osim ovih ličnih vještina, potrebno ti je i stručno znanje koje si stekao tijekom obrazovanja. Kao socijalni radnik, dobro si upoznat s psihosocijalnim i obrazovnim temama. Određene pravne vještine su također korisne: kao na primjer u radu s djecom i adolescentima, gdje će ti pomoći porodično pravo.⁷

Za socijalnim radnicima vlada veliko zanimanje. Čak i najmodernija tehnologija ne može zamijeniti socijalni rad, a sve je više ljudi kojima je potrebna pomoć. Kao rezultat toga,

⁶ E-usmjeravanje.hzz.hr/socijalni-radnik,

⁷ <https://WWW.andorio.hr/zanimanje>,

potražnja za socijalnim radnicima stalno raste, a tvoje buduće perspektive kao socijalnog radnika su prema tome dobre. Kako je društvo sve starije, mnoge institucije traže kvalificirano osoblje, posebno u skrbi za starije osobe. Briga o djeci i takozvano "cjeloživotno učenje", tj. obrazovanje odraslih, također je u potražnji. Daljnjim obrazovanjem možeš postati i samozaposleni u području savjetovanja, podučavanja, nadzora ili posredovanja, te riječima i dijelima podržati vlastite klijente u njihovom osobnom razvoju.⁸

Problemi u radu socijalnih radnika sa starijim osobama

Socijalni radnik najveći dio svog rada provede na terenu, vrlo malo u uredu. Sve se svodi na obilazak korisnika kako u njihovim porodičnim domovima, tako i onih korisnika koji su smješteni u institucionalnim i privatnim domovima. Vrlo često socijalni radnik radi više od redovnog radnog vremena, odnosno osam sati. Takođe, njihov rad je aktivan i u poslijepodnevnom vremenu i dežurstvima. Tokom rada u dosta slučajeva dogode se neugodnosti, fizički napad vrijeđanja od strane osoba koje su u nevolji, isfrustrirane ili ogorčene nekim odlukama određenih institucija.

Najviše socijalnih radnika zaposleno je u centrima i ustanovama za socijalnu pomoć, zatim u domovima za djecu, domovima za odgoj djece i mladeži, domovi penzionera, domovi za odrasle psihički bolesne osobe, kao i razne ustanove za osobe s posebnim potrebama. Tu su još savjetodavne službe u pravosuđu i kazneno-popravnim i odgojnim ustanovama.

Sam institucionalni smještaj starijim osobama može pružiti kvalitetne životne uslove, koji su važan factor u produžetku životne dobi kod starijih osoba. Finansijski momenat imogućnost su glavni ometač. Starije osobe koje žive u vlastitom domaćinstvu i čiji su mjesečni prihodi mali, najčešće minimalne penzije, tako da nisu u mogućnosti da se smjeste u neku instituciju socijalne zaštite. U takvim okolnostima prinuđeni su na štednju u pogledu infrastrukturnih i režijskih troškova u domaćinstvu, štednja i uskraćivanje na ishrani, lijekovima, tako da to sve utiče na njihovo zdravlje i život. Najčešće u takvom stanju su neizbježne određene bolesti.

Sagledavajući ovo sve Prema (čl.58) Zakonu o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom (*"Sl. novine ZDK"* br. 13/7, 13/11, 3/15 i 2/16) se može konstatirati da se mnoge osobe treće životne dobi zbog slabije imovinske moći ne odlučuju na život u nekoj od institucija, a ukoliko se i odluče, onda su primorane založiti nepokretnu imovinu koja je u njihovom vlasništvu kako bi se finansirao smještaj u ustanovi.⁹

Ne postojanje liftova u objektima gdje žive starije osobe je jedan od velikih problema u radu socijalnog radnika sa starijim osobama, a posebno kod onih gdje postoji određen stepen invaliditeta ili otežano hodanje. To se u velikoj mjeri odražava na kvalitet rada i pomoći korisniku. Takođe socijalni radnik ima problema sa starijim osobama koje žive na selu i prigradskim naseljima po pitanju neprilagođenog javnog prijevoza, udaljenosti kuća starijih osoba od autobuskih stajališta ili nemogućnosti hitnog odlaska ljekaru u slučaju potrebe. Tako da su domovi za smještaj starijih osoba najpodesniji za smještaj i njihov život dostojan čovjeka.¹⁰

⁸ Isto,

⁹ Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom "Službene novine ZDK" broj: 13/7, 13/11, 3/15 i 2/16

¹⁰ Lučanin, J.D., (2014) Psihologija starenja, Stručna skrb za starije osobe, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2014. godine,

Jedan od bitnih elemenata i uslova za smještaj starijih osoba u domove i ustanove je njihov lični pristanak, jer promjena mjesta boravišta za stariju osobu predstavlja veliki problem. Za mnoge to su stresne situacije, jer svoj porodični dom, život i navike mijenja sa nepoznatim mjestom, prostorom, ljudima, obavezama, navikama i dr. U suprotnom, da se starija osoba smjesti u neku od ustanova bez lične saglasnosti, vrlo je moguće da dođe do nezadovoljstva osobe i problema sa adaptacijom i uklapanjem sa postojećom situacijom i novim ljudima.

Veoma važna činjenica prilikom smještaja starijih osoba je da, osoba bude zadovoljna sa uslugama koje smještajna ustanova pruža. Takođe, u kojoj mjeri se socijalni radnik ili lica koja opslužuju ustanovu brinu za starije osobe. Važno je a vrijeme procijeniti, šta starijoj osobi treba ili nedostaje. Najbitnija je stalna komunikacija i razgovor o svim bitnim i ne bitnim pitanjima.

Za smještaj i brigu o starijim osobama mogu se angažovati i razni servisi, koji sa određenim socijalnim ustanovama imaju sklopljene ugovore po pitanju dostave hrane, održavanja domaćinstva, servisi zdravstvenih usluga, servisi smještaja i dr.

Tko su osobe starije dobi

Starije osobe su neovisni i integrirani članovi društva, to su odrasle osobe, tako ih trebamo poštovati i odnositi se prema njima. Oni imaju ista osnovna prava kao i svi ljudi, međutim njihova osnovna prava pomnogu čemu se uskraćuju, bez obzira što su jedan od najodgovornijih slojeva društva u cjelini.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, starost se prema Osobe starije dobi imaju vrlo važnu i nezamjenljivu ulogu u porodičnom životu. Te osobe i u svojoj starosti su sposobne da privređuju i da budu korisne svojoj porodici ili ustanovi gdje su smještene i žive. Starije osobe posjeduju veliko iskustvo i zrelost po pitanju mnogih životnih navika i prilika kroz koje su prolazili tokom svog dugogodišnjeg života i rada.

U velikoj mjeri život starijih osoba nama pomaže da cijenimo i poštujemo ljudske vrijednosti bez obzira o kome se radi. Veoma bitno je da porodica treba nastojati u svakom segmentu života poštovati i cijeniti starije osobe, te potruditi se da što duže u svojoj blizini zadržati starije osobe, jer starije osobe svojim životnim i iskustvenim bogastvom nadopunjuju razum, znanje i shvatanje mladih generacija. U suprotnom mlađe generacije dok istovremeno pomažu starijim osobama da aktivno stare i još uvijek budu korisni društvu u kojem žive.

Za bolji život starijih osoba jako važno i bitno je kakva je njihova socijalna karta, odnosno koja je njihova materijalno finansijska mogućnost. Ta slika njima daje stabilnost i povećava njihov osjećaj vlastite vrijednosti i kontrole. Ona osigurava bliskost koja poništava staračku osamljenost. Pored navedenog veoma bitnu ulogu u životu starijih osoba imaju razna udruženja i organizacije putem kojih ubijaju samoću. Ta udruženja i organizacije vrše organizaciju i održavaju razne akcije, manifestacije, druženja, posjete, obilaske idr.

Starost treba posmatrati u pravcu zrelosti životne dobi. Prema nekim definicijama Svjetske zdravstvene organizacije razlikuje se nekoliko nivoa starosne dobi: *“mlađa starija dob 65 – 74 godine, starija dob 75 – 84 godine, stariji stari 85 godina i nadalje i stogodišnjaci.”*¹¹

“Za starije osobe se vežu i određeni mitovi. S tim u vezi Svjetska zdravstvena organizacija (2008) u svom dokumentu *"Demystifying the myths pf aging"* analitički je pristupila provjeri

¹¹ Vuletić i ostali,

istinitosti postojećih mitova o starenju, te je na konkretan i realan način istakla smjernice za demologizaciju i nadilaženju postojećih jednostranosti i predrasuda. Dokument tako ističe realnu situaciju povećanja starosne populacije u Evropi, koja potražuje prikladna suočavanja sa potrebama populacije. Politički fokus treba biti usmjeren, ne samo na izdatke za starosnu populaciju (zdravstvene i penzione), nego i kvalitetu ljudskog života kao i aktivitet starosne populacije koja doprinosi državnom budžetu (kompletna i iskusna radna snaga, otvaranje tržišta rada za starosnu populaciju itd).

Mitovi o starenju dio su reflektirane svijesti, te su kao takvi neprestano podložni promjenama (u skladu sa promjenama subjektivnih misli i vizija), djelimično se vezujući uz objektivnu istinu, a djelimično odudarajući od nje, stvarajući svojevrsne frakcije.”¹²

“Prvi mit o starenju govori da ljudi trebaju biti svjesni da će se starenjem pogoršati njihovo mentalno i fizičko zdravlje. Ovo je djelimično tačan mit jer iako kod starijih osoba dolazi do određenih zdravstvenih problema kao što je npr. usporen metabolizam, opuštanje mišićne mase itd., treba imati u vidu da sve te promjene nisu hronične i mogu biti ublažene raznim tehnikama, vježbama i navikama. Navedeni mit, ustvari, treba da bude jasan svakom čovjeku i da je to stanje koje čeka svakoga od nas, ko doživi starost, a ne da se stariji ljudi gledaju kroz predrasude prema njihovom stanju i dobu. Kako bi starost bila ugodnija, potrebno je ostvariti aktivno održavanje fizičkih i mentalnih kapaciteta, sa slobodnim prilagođavanjem na aktivnosti koje mogu izvršavati.

Drugi mit o starenju polazi od toga da većina starijih osoba ima iste potrebe. Ovo je u potpunosti netačan mit jer se individualne karakteristike čovjeka razlikuju jedna od druge od samog rođenja, te se s godinama povećavaju. Protiv ovog mita navodi se raznolikost mogućeg definiranja starosti, tj. kao hronološka ili kalendarska starost. Predrasude prema institucionalnom smještaju zbog tvrdnje da većina starijih osoba ima iste ili slične potrebe su netačne i upravo radi individualnih razlika starijih osoba i usluga koje potražuju pojedinačno.

Treći mit o starenju govori o tome da je iskustvo starijih osoba manje relevantno za moderno društvo što je također netačno jer iskustvo starijih osoba se ne može steći preko društvenih mreža (kultura i običaji, vještine starih zanata, vještine kuhanja, prenošenje kulturnih i religijskih vrijednosti) i zbog toga ih treba poštovati. Obzirom da u domovima za starije osobe borave pretežno osobe koje su iza sebe ostavili aktivan poslovni život, te su stekle mnoga životna iskustva, nemoguće je prihvatiti činjenicu da u ovakvim institucijama nema mudrosti, vrijednosti i znanja koje može koristiti, kako drugim korisnicima institucije, tako i drugim mlađim članovima društva, uposlenicima i slično. Predrasude da se u institucijama socijalne zaštite ne može naučiti ništa novo i da je to “zadnja stanica života” za stariju osobu su samo netačna nagađanja i neutemeljene pretpostavke.

Četvrti mit o starenju govori o tome kako većina starijih osoba želi da im se omogući život u miru i samoći. Činjenica je da se starije osobe jednim dijelom žele posvetiti mirnijem i jednostavnijem životu (čitanje knjiga itd), ali nije u potpunosti tačna činjenica da ne žele imati socijalne interakcije sa drugim ljudima, jer je intenzitet njihove slobodne volje jednak intenzitetu interakcije sa drugim ljudima.

Peti mit se odnosi na brigu za starije osobe i gubitak resursa prema mlađem stanovništvu. Međutim, dokazano je da pomoć starijima doprinosi i mlađoj populaciji (zaštitne mjere na

¹² Tomečak, M., Štambuk, A., Rusac, S., (2013), *Promišljanje starenja i starosti – Predrasude, mitovi i novi pogledi*, Pravni fakultet, Sudijski centar socijalnog rada, Zagreb, 2013.godine,

cestama, proizvodi u manjem pakovanju i paketićima), te je potrebno ispravno procijeniti mjere koje se donose za starije osobe.

Šesti mit se bazira na podobnosti starijih osoba na radnim mjestima, ali svjesni smo da obavezno penzionisanje nema realne veze sa radnim mogućnostima, sposobnostima i donošenjem odluka. S druge strane, starosna dob može podići njihove mentalne kapacitete (izgradnja strategija, postavljanje logičkih temelja za donošenje odluka itd), a ne obavezno ih smanjiti.

I na kraju, *sedmi mit* govori o tome da se starije osobe trebaju maknuti u stranu. Zapravo, činjenice govore suprotno, jer nije ključna mogućnost učenja, nego način učenja (naglašavanje praktičnog iskustva, postepeno učenje i usvajanje novih znanja sa već stečenim iskustvom). Uz navedeno, stariji su istrajniji i imaju više motivacije za učenje nego mlađi i tu mogu poslužiti kao primjer mlađima.”¹³

¹³ Tomečak i ostali,

Zaključak

Pažnja i briga o starijim osobama je stalna obaveza i odgovornost svih nas fizički sposobnijih od njih samih, ali i društva u cjelini. To nije samo briga socijalnih radnika, osoba u ustanovama i zdravstvenih radnika. Neophodno je na starost gledati sasvim pozitivno, a ne kao nekakav teret porodici, društvu i uopće cijeloj zajednici. Mnoge starije osobe su svojim djelom i radom zadužili naredne generacije da odnos prema njima ima poštovanja i respekta.

Socijalne ustanove i njihovi uposlenici u periodu starenja najviše su okrenuti prema osobama starije dobi koje su nemoćne da same sebi pomognu. Vrlo je teško jednu stariju osobu zadovoljiti sa današnjim društvenim davanjima prema ovoj kategoriji društva. To se posebno odnosi na penzionu primanja, uslovi života, zdravstvene potrebe.

Društvo mora naći model kako staroj osobi vrati svijest njegove ljudske vrijednosti, osjećaj da je doista prihvaćen i da mu se dovoljnim finansijskim sredstvima i ličnom pažnjom da do znanja da nije odbačen i da se poštuje njegovo dostojanstvo. Na ovakav način se mora pratiti kvalitet života starijih osoba. Starost i starije osobe nesmiju se gledati kao bilo kakav teret, dali društva, porodice ili ustanove.

Smještaj starijih osoba u ustanove u prvom redu zavisi od njihove materijalno finansijske situacije. Visoke cijene smještaja su jedan od najčešćih uzroka kada dolazi do nezadovoljstva starih osoba prema društvu u cjelini. To je posebno izraženo u gradskim sredinama u slučajevima gdje starija osoba nema članova porodice blizu sebe. U ruralnim sredinama još u dobroj mjeri je aktivan taj stari način brige o starijim osobama, posebno gdje osoba ima porodicu ili familiju.

Ustanove koje vrše smještaj starijih osoba stalno razvijaju i nadograđuju kvalitet svojih usluga koje pružaju svojim korisnicima. Podizanje kvaliteta usluga se pored smještajnih kapaciteta, materijalno tehničke opremljenosti u dobroj mjeri vodi se računa i o stručnim i kadrovskim kvalitetima personala koji opslužuje korisnike, odnosno starije osobe. U svemu ovome moramo priznati da u nekim ustanovama za smještaj starijih osoba ima još nedostataka po svim pitanjima i da ima osoba koje nisu zadovoljne sa uslugama koje im se pružaju. Poboľšanja tih usluga su neophodna i društvo kao zajednica mora reagovati.

Bez obzira na sve probleme, materijalno tehničke, finansijske, kadrovske i personalne po pitanju smještaja i zaštite starijih osoba u današnjem vremenu, kao krajnji rezultat ovog naučnog rada, može konstatovati, da društvo, socijalne i zdravstvene ustanove i njihovi uposlenici u dobroj mjeri vode brigu o starijim osobama. Da li je ta briga dovoljna, to pitanje obraditi u nekom novom naučnom radu.

Literatura:

- Lučanin, J.D., *Psihologija starenja*, Stručna skrb za starije osobe, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2014.godine,
- Lučanin, J.D., *Suvremena psihologija*, Psihosocijalni prediktori promjena u konigitivnim funkcijama u starosti, Zdravstveno sveučilište, Zagreb, 2010.godine,
- Milan Martinović, *Znanstvene osnove socijalnog rada*, *Narodne novine*, Zagreb, 1987.godine,
- Niko Ikić, *Od izbora mudrih misli do izvora mudrosti*, Sarajevo, 2016.godine,
- Silvio Ružić, *Priručni privredni leksikon*, Privreda, Zagreb, 1962.godine,
- Tomečak, M., Štambuk, A., Rusac, S., *Promišljanje starenja i starosti – Predrasude, mitovi i novi pogledi*, Pravni fakultet, Sudijski centar socijalnog rada, Zagreb, 2013.godine,
- Vuletić, S., Juranić, B., Rakošec, Ž., Mikšić, Š., Jurić, K. A., *Bioetičke inicijative revalorizacije starosti i starijih ljudi*, Gerontološko-gerijatrijska obilježja starosti i starenja, Osijek, 2018.godine,
- Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom", Službene novine ZDK" broj: 13/7, 13/11, 3/15 i 2/16
- Hrvatska udruga socijalnih radnika, www.husr.hr,
- Narodne novine.nn.hr/članci/službeni/2011.godine,
- Wikipedija, Slobodna enciklopedija, pristupljeno: 27.11. 2024. godine od 13,00 do 15,00 sati,
- E-usmjeravanje.hzz.hr/socijalni radnik,
- <https://WWW.andorio.hr.zanimanje>,

ULOGA STARIJIH LJUDI U POLITIČKIM PROCESIMA: IZAZOVI U OBLIKOVANJU POLITIČKIH ODLUKA

Sažetak

Kada kažemo “starije osobe”, prve asocijacije koje nam pretežno nadodu su zdravstvene usluge, pružanje socijalnih i drugih pomoći, penzionerski status i slično. Svakako da ulazak u određene godine, konkretno, u treću životnu dob donosi određene biološke, psihološke i socijalne promjene kod svake osobe, gdje se možda više pažnje pridaje zdravstvenom stanju, ali s druge strane – osobe u trećoj životnoj dobi također imaju dodatne interese i aktivnosti kojima se žele baviti, kao i sfere u kojima mogu djelovati kako bi doprinijeli boljitku svoje zajednice. Tema ovog rada odnosi se na participaciju osoba treće životne dobi u oblikovanju političkog ambijenta životne zajednice, odnosno na njihovu percepciju uključenosti u donošenje političkih odluka. Shodno tome, uz pojašnjenje statusa osoba treće životne dobe u Bosni i Hercegovini, poseban dio rada uključuje sprovedeno istraživanje o tome kakvu ulogu osobe treće životne dobi mogu imati u političkim procesima, odnosno da li i u trećoj dobi mogu učestvovati u kreiranju i donošenju političkih odluka u svojoj zajednici.

Glavne riječi: starije osobe/osobe treće životne dobi, politički procesi, političke odluke

THE ROLE OF OLDER PEOPLE IN POLITICAL PROCESSES: CHALLENGES IN SHAPING POLITICAL DECISIONS

Abstract

When we say 'older adults,' the first associations that generally come to mind are healthcare services, social assistance, pension status, and similar things. Reaching a certain age, specifically in the third stage of life, brings certain biological, psychological, and social changes to every individual, where more attention may be given to health conditions. However, on the other hand, older people also have additional interests and activities they wish to engage in, as well as areas in which they can act to contribute to the betterment of their community. The topic of this work is the participation of older people in shaping the political environment of the community, specifically their perception of involvement in political decision-making. Accordingly, along with an explanation of the status of older people in Bosnia and Herzegovina, a special part of the work includes a research on what role older people can play in political processes and whether they can participate in creating and making political decisions in their community even in their third age

Keywords: Older adults / People in the third age, political processes, political decision

¹ Magistrica politologije, Brčko distrikt Bosne i Hercegovine, aida_lovic@hotmail.com

UVOD

Definisanje pojma “starije osobe” prvenstveno podrazumijeva tumačenje pojmova “starenje” i “starija dob”. Gledajući s različitih aspekata, pojam “starenje” u užem smislu možemo sagledati kao promjene koje se dešavaju na tri načina: biološko, psihološko i socijalno starenje. Pod biološkim starenjem smatramo promjene koje se vremenski dešavaju u funkcijama organizma u vidu usporavanja i opadanja stanja i funkcija organizma, psihološko starenje se odnosi na psihičke promjene (sporije razmišljanje, teže prilagođavanje na promjene, teže rezonovanje određenih situacija i osjećaja), te socijalno starenje koje podrazumijeva promjene između osobe koja stari i društva u kojem živi.

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organisation – WHO) definiše starenje također na nekoliko načina, pa je tako starenje na biološkoj razini posljedica kumulativnog utjecaja raznih staničnih i molekularnih oštećenja. Što se tiče psihološke razine, WHO je stava da je starenje povezano s drugim životnim promjenama – promjena uslova života, prestanak zaposlenja zbog penzionisanja, gubitaka bliskih ljudi.

Svjetska zdravstvena organizacija definisala je i životne dobi, pa je tako izvršena klasifikacija na dječiju dob, omladinsku dob, mladu dob, srednja dob, starija dob, staračka dob, duboka staračka dob i vrlo duboka staračka dob. Unutar ovih klasifikacija, uvrštene su podkvalifikacije na mlađu, srednju i zrelu dob. Konkretno, kada govorimo o starijoj dobi, WHO navodi da je mlađa starija dob od 60 do 64 godine, srednja od 65 do 69 godina, te zrela od 70 do 74 godine.

Prema podacima ove Organizacije sve više se povećava broj ljudi koji su stariji od 60 godina u svijetu, pa je tako u 2019.godini više od milijardu svjetske populacije imalo više od 60 godina. Predviđanja su da će se do 2030.godine ovaj broj povećati na 1,4 milijarde, a do 2050.godine za 2,1 milijardu ljudi.²

Što se tiče Bosne i Hercegovine, predviđanja nisu ništa drugačija – Prema posljednjem popisu stanovništva iz 2013.godine, udio starijih u populaciji BiH se udvostručio u odnosu na stanje iz 1991. godine, i to, procentualno gledajući, iz 6,5% u 14,2%. Udio djece mlađe od 15 godina je skoro izjednačen s udjelom populacije starijih od 65 i više godina u ukupnom stanovništvu – 15,4% djece i 14,2% starijih, a do 2050. godine udio mladih (do navršениh 14.godina života) u Bosni i Hercegovini će se smanjiti za još 4% u odnosu na 2013. godinu, dok će se značajno uvećati udio starijih (više od 60 godina života), koji će obuhvatiti više od trećine stanovništva, odnosno 40,5%.³

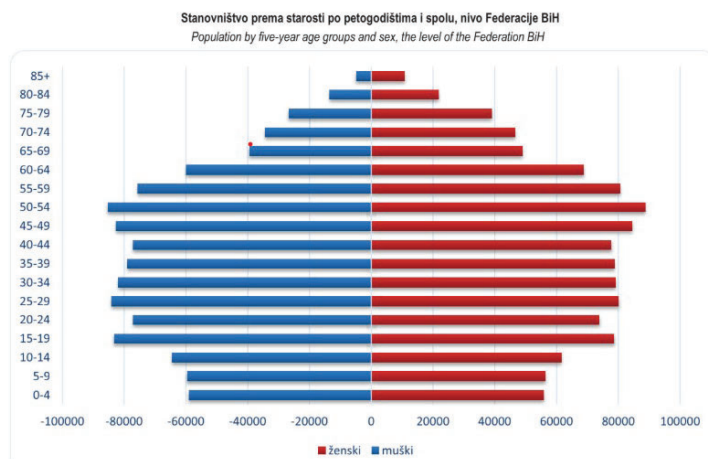
Prema podacima Agencije za statistiku Bosne i Hercegovine⁴, ukupan broj stanovništva u Bosni i Hercegovini prema popisu iz 2013.godine iznosio je 3.531.159 stanovnika. Od ukupne populacije, prema starosti i spolu oko 736.250 stanovnika BiH ima 60 i više godina (na osnovu tabelarnog prikaza podataka stanovništva BiH prema pojedinačnim godinama starosti i spolu, gdje su prikazane pojedinačne godine, u konkretnom slučaju, od 60 do 85 godina i više).

²https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

³Kepeš N., Huzejrović V., Kujundžić H., Socijalna uključenost starijih osoba u Bosni i Hercegovini, Društvo za psihosocijalnu pomoć i razvijanje dobrovoljnog rada Osmijeh, Gračanica, 2019., str. 13

⁴Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Bilten “Demografija 2023”, Sarajevo, 2024.godina, dostupan na stranici www.bhas.gov.ba

Prema publikaciji Federalnog Zavoda za statistiku o rezultatima izvršenog popisa stanovništva u Bosni i Hercegovini u 2013.godini, u Federaciji Bosne i Hercegovine od ukupno 2.219.220 stanovnika, oko 415.000 stanovnika je starije od 60 godina.⁵



Slika 1. Grafički prikaz stanovništva na nivou Federacije BiH, prema starosti po petogodištima i spolu⁶

Kada kažemo “starije osobe” odnosno osobe treće životne dobi, kao prve asocijacije nadolaze nam pojmovi kao što su pružanja zdravstvene zaštite, liječenje, penzija/mirovina. Naglašavam da će čitaoci u narednim dijelovima rada umjesto termina “starije osobe” nalaziti termin “osobe treće životne dobi”⁷, u svrhu izbjegavanja stereotipnog mišljenja i negativne konotacije kojom se pojam “starije osobe” povezuju s nemoći, bolešću, ali i znak poštovanja prema osobama više životne dobi koji u mnogome mogu doprinijeti razvoju društvene zajednice svojim dugogodišnjim iskustvom, znanjem, savjetima kroz uključivanje u različite društvene aspekte.

Ovim radom nastojat ću ukazati na jednu od najvažnih sfera svake zajednice – politike, od koje zapravo i proističu svi zakonski okviri kojima se oblikuju djelovanja životne zajednice, odnosno da li i koliko osobe treće životne dobi participiraju u političkim sferama, odnosno njihov stav o tome da li i u svojoj trećoj dobi mogu, žele i smatraju svrsishodnim uključenost u političke procese i donošenje odluka, konkretno, kroz njihovo članstvo i aktivizam u političkim strankama. Problemi s kojima se suočavaju osobe treće dobi, su raznolike – nedovoljna socijalna zaštita, visoki troškovi liječenja, niska penziona primanja,... Te se

⁵Na osnovu publikacije Federalnog Zavoda za statistiku “Popis stanovništva, domaćinstava/kućanstava i stanova u Bosni i Hercegovini 2013.godine – Konačni rezultati”, Sarajevo, juli 2016.godine, dostupna u online verziji na stranici <https://fzs.ba/index.php/popis-stanovnistva/popis-stanovnistva-2013/konacni-rezultati-popisa-2013/>

⁶Publikacija Federalnog Zavoda za statistiku, isto.

⁷Ponekada su upotrebljavaju i pojmovi “zlatna dob, zlatne godine, godine mudrosti”...

postavlja problemsko pitanje – da li su osobe treće dobi dovoljno uključene, odnosno voljne da budu uključene u procese koji se tiču olakšavanja njihovog životnog ambijenta?

Kao što je prethodno već i spomenuto, kada je riječ o osobama treće životne dobi, pretežno se govori u kontekstu socijalne zaštite i obezbjeđenju adekvatnih zdravstvenih usluga – liječenja, pružanje njege i pomoći i slično. Svakako da strukture socijalne zaštite preduzimaju potrebne mjere kako bi se olakšali životni uslovi osobama treće životne dobi, ali je izuzetno važno razmišljati i šire. Često nailazimo na razmišljanja, odnosno isticanja, ovih osoba da je primijetan nedostatak empatije i zainteresovanosti zajednice da ih uključe i u druge sfere društvenog života. Zbog toga je važno proširiti percepciju o osobama treće životne dobi, sa stanovišta “da ima treba pružiti socijalnu i zdravstvenu pomoć” na “uključivanje u društvene tokove i aktivnosti u kojima mogu doprinijeti svojim iskustvom, sposobnostima, znanjem i vještinama”.⁸

Jedan od pozitivnih primjera u Bosni i Hercegovini koji rade na promociji uključivanja osoba treće životne dobi u društvene tokove jeste Grad Tuzla, koji je kao prvi grad u BiH razvio lokalnu strategiju za osobe treće životne dobi, “s vizijom da do 2026. godine Tuzla bude prepoznata kao prvi bosanskohercegovački grad s prijateljskim ambijentom za dostojanstveno starenje i mogućnošću cjeloživotnog napretka i društvenog učešća za sve generacije. Također se, u saradnji sa Švicarskim crvenim križem, radi na izradi prijave za status age-friendly zajednice, prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, prepoznavši kako je grad koji kreira zdrav i stimulirajući ambijent za starije onaj koji je samim tim grad po mjeri svih generacija koje u njemu žive ili odluče živjeti.”¹⁰

CASE STUDY – STUDIJ SLUČAJA – Stavovi osoba treće životne dobi o uključenosti u političke procese u Brčko distriktu Bosne i Hercegovine

Kao što je već prethodno pomenuto, cilj ovog rada ogleda se u tome da pokaže percepciju uključenosti osoba treće životne dobi u političke procese. Shodno tome, za potrebe ovog rada i obrade teme, izvršeno je istraživanje putem ankete na uzorku s područja Brčko distrikta Bosne i Hercegovine. Anketa je vršena anonimno, u online formi¹¹, s 80 ispitanika koji imaju najmanje 60 navršениh godina.

U anketi je učestvovalo 51,2% osoba ženskog spola i 48,8% osoba muškog spola. Starosna struktura podijeljena je u tri grupe, pa tako 51,2% ispitanika ima 60 do 64 godine, 16,2% 65 do 70 godina i 32,5% 70 godina i više.

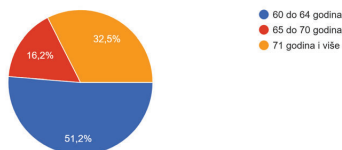
⁸Komentar autorice

⁹ Age-friendly, engl. - starosno/dobno prijateljski

¹⁰ Strategija za osobe treće životne dobi Grada Tuzle 2020.-2026. , septembar 2020., dostupno na stranici www.grad.tuzla.ba

¹¹ Dostupna putem linka https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc8LmoY7DYa8EW9X2AF-jq7mnLEi-9-jnx8tV_z391W7nCnoQ/viewform

2. Vaša dobna skupina:
80 odgovora



Grafikon 1. Izvor: Autor

S obzirom na njihov status zaposlenja ili penzionisanja, 32,5% ispitanika je zaposleno, 55% u penziji, te se 12,5% vodi kao nezaposlena, odnosno nalaze se na birou.

Ovdje je bitno napomenuti da se u Bosni i Hercegovini primjenjuju Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine i Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike Srpske. U oba Zakona definisano je da se pravo na penzijsko i invalidsko osiguranje stiče u slučaju starosti (starosna penzija), u slučaju invalidnosti (invalidska penzija) i u slučaju smrti osiguranika – korisnika starosne ili invalidske penzije (porodična penzija). Što se tiče starosne penzije, u Zakonu Federacije se navodi da “Pravo na starosnu penziju ima osiguranik kada navršši 65 godina života i najmanje 15 godina staža osiguranja, odnosno najmanje 20 godina penzijskog staža ili kada navršši 40 godina staža osiguranja bez obzira na godine života.”¹² U Zakonu Republike Srpske navodi se da “Pravo na starosnu penziju ima osiguranik kada navršši 65 godina života i najmanje 15 godina staža osiguranja; osiguranik koji nema navršenih 65 godina života ima pravo na starosnu penziju kada navršši 60 godina života i 40 godina penzijskog staža; osiguranik žena koja nema navršenih 65 godina života ima pravo na starosnu penziju kada navršši 58 godina života i 35 godina staža osiguranja.”¹³

U narednom pitanju traženo je da se ispitanici izjasne da li prate politička dešavanja, bilo na lokalnom ili državnom nivou. 65% ispitanika prati politička dešavanja, dok 33,8% to čine povremeno. Skoro nezamijetan broj ispitanika ne prati politička dešavanja, odnosno 1,2%.

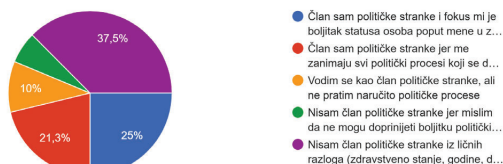
Ispitano je i da li su članovi neke političke stranke – 47,5 % se izjasnilo da jesu članovi, ali ne učestvuju aktivno u radu stranke, dok se 8,8% izjasnilo da kao članovi stranke aktivno učestvuju u radu iste. 38,7% nije član nijedne stranke, a 5% ispitanika nisu članovi, niti se planiraju učlaniti.

U pitanju koje se odnosi na svrhu njihovog članstva u političkoj stranci odnosno sferu njihovog interesovanja kroz članstvo, ili pak, razlog nečlanstva, 25% ispitanika se izjasnilo da su član političke stranke s fokusom na boljitak osoba poput njih u zajednici, a 21,3% su članovi jer ih zanimaju svi politički procesi koji se dešavaju. 10% se vode kao članovi stranke, ali ne prate političke procese. 6,3% ispitanika nisu učlanjeni u političku stranku jer misle da ne mogu doprinijeti boljitku političkih procesa, dok znatan broj ispitanika tj. 37,5% nije član političkih stranaka iz ličnih razloga (zdravstveno stanje, godine, druge obaveze i ostali lični razlozi).

¹² Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, Službeni glasnik FBiH br. 13/18

¹³ Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike Srpske, Službeni glasnik RS, br. 134/2011, 82/2013, 96/2013 - odluka US, 103/2015, 111/2021, 15/2022, 132/2022, 43/2023 - odluka US i 105/2024 - odluka US

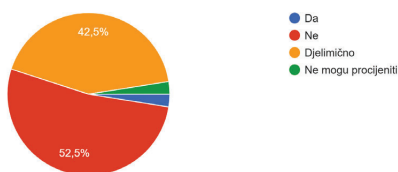
6. Odaberite odgovor koji se odnosi na Vaše članstvo u političkoj stranci:
80 odgovora



Grafikon 2. Izvor: Autor

Anketom je traženo da ispitanici izraze svoje zadovoljstvo o položaju osoba treće životne dobi u kontekstu donošenja odluka kroz aktivnost u političkoj stranci. Čak 52,5% ispitanika iskazalo je nezadovoljstvo, dok je 42,5% djelimično zadovoljno. Tek po 2,5% je zadovoljno ili ne mogu procijeniti svoje zadovoljstvo.

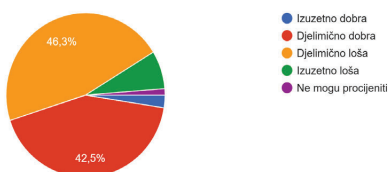
7. Da li ste zadovoljni položajem osoba treće životni dobi u kontekstu donošenja odluka kroz aktivnost u političkoj stranci?
80 odgovora



Grafikon 3. Izvor: Autor

Što se tiče ocjenjivanja sveukupne uključenosti osoba treće životne dobi u političkom životu lokalne zajednice (u konkretnoj anketi Brčko distrikt BiH), 46,3% smatra da je ona djelimično loša, a malo manje tj. 42,5% da je djelimično dobra. 7,5% smatra da je uključenost izuzetno loša, dok se 2,5% izjasnilo da je izuzetno dobra, a 1,2% se nije moglo izjasniti.

8. Kako ocjenjujete sveukupnu uključenost osoba treće životne dobi u političkom životu Vaše lokalne zajednice?
80 odgovora

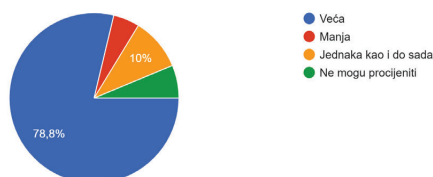


Grafikon 4. Izvor: Autor

Narednim pitanjem traženo je da se ispitanici izjasne da li smatraju da uključenost osoba treće životne dobi u donošenju političkih odluka treba da bude veća, manja, jednaka kao i do sada

ili ne mogu procijeniti. Čak 78,8% smatra da uključenost treba biti veća, dok 10% smatra da treba biti jednaka kao i do sada. 5% se izjasnilo za manju uključenost, a 6,3% se nije moglo izjasniti.

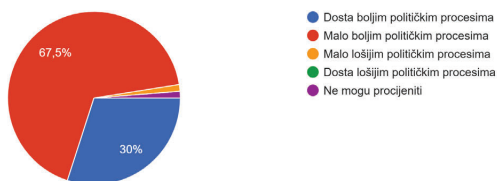
9. Da li smatrate da uključenost osoba treće životne dobi u donošenju političkih odluka treba biti:
80 odgovora



Grafikon 5. Izvor: Autor

Shodno tome, 67,5 % ispitanika se izjasnilo da bi veća uključenost osoba treće životne dobi moglo doprinijeti malo boljim političkim procesima, a 30 % smatra da bi to dovelo do dosta boljih političkih procesa. Zanimljiv postotak od po 1,2% smatra da bi veća uključenost dovela do malo lošijih političkih procesa, ili se nisu mogli izjasniti. Niti jedan ispitanik ne smatra da bi došlo do dosta lošijih političkih procesa.

10. Da li smatrate da veća uključenost osoba treće životne dobi može doprinijeti
80 odgovora



Grafikon 6. Izvor: Autor

Što se tiče dodatnih komentara na temu ankete i rada, ispitanici su pružili podršku za obradu iste, ističući time važnost uloge osoba treće životne dobi u donošenju političkih odluka i sprovođenju političkih procesa na području Brčko distrikta BiH.

ZAKLJUČAK

Potrebe i aktivnosti osoba starije dobi, odnosno kako je u radu upotrijebljen termin “osobe treće životne dobi” u njihovoj lokalnoj zajednici ne svode se samo na stereotipna mišljenja pružanja zdravstvene i socijalne pomoći. U prilog tome ide donošenje strategija o inkluziji osoba treće životne dobi u različite sfere društvo djelovanja, s ciljem kreiranja prijateljskog ambijenta življenja za sve generacije, a što je kao primjer učinjeno u Gradu Tuzli. Da i za politički ambijent postoji potreba i zainteresovanost učešća osoba treće životne dobi, odnosno njihovu uključenost u oblikovanje i donošenje političkih odluka, govore rezultati sprovedenog istraživanja za potrebe ovog rada na području Brčko distrikta Bosne i Hercegovine, tokom kojeg su ispitanici bili osobe s minimalno 60 godina života.

Rezultati su jasni - više od polovine ispitanika izrazilo je nezadovoljstvo o uključenosti osoba treće životne dobi u ovoj sferi, te 70% smatra da njihova uključenost treba biti veća kako bi se doprinijelo boljim političkim procesima. Dakle, osobe treće životne dobi mogu imati važnu ulogu u oblikovanju i donošenju političkih odluka, ukoliko im se strateški omogući da učestvuju u istima. Nadasve, treba uzeti u obzir da živimo u demokratskom društvu čiji temelj i jeste jednakost prava za sve.

LITERATURA

1. Kepeš N., Huzejrović V, Kujundžić H, Socijalna uključenost starijih osoba u Bosni i Hercegovini, Društvo za psihosocijalnu pomoć i razvijanje dobrovoljnog rada Osmijeh, Gračanica, 2019
2. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, Službeni glasnik FBiH br. 13/18
3. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike Srpske, Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike Srpske, Službeni glasnik RS, br. 134/2011, 82/2013, 96/2013 - odluka US, 103/2015, 111/2021, 15/2022, 132/2022, 43/2023 - odluka US i 105/2024 - odluka US
4. Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Bilten "Demografija 2023", Sarajevo, 2024.godina, dostupan na stranici www.bhas.gov.ba
5. Publikacija Federalnog Zavoda za statistiku "Popis stanovništva, domaćinstava/kućanstava i stanova u Bosni i Hercegovini 2013.godine – Konačni rezultati", Sarajevo, juli 2016.godine, dostupna u online verziji na stranici <https://fzs.ba/index.php/popis-stanovnistva/popis-stanovnistva-2013/konacni-rezultati-popisa-2013/>
6. Strategija za osobe treće životne dobi Grada Tuzle 2020.-2026. , septembar 2020, dostupno na stranici www.grad.tuzla.ba
7. Svjetska zdravstvena organizacija – WHO https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

STARENJE STANOVNIŠTVA – IZAZOV SOCIJALNE POLITIKE

Apstrakt

Demografija izučava i istražuje zakonitosti i pravilnosti promjene demografske strukture stanovništva, te utvrđuje međusobne odnose kretanja stanovništva i drugim društvenim i ekonomskim pojavama. U ovom radu predmet proučavanja je starija populacija koja čini specifičnu društvenu kohortu (grupu) čije su potrebe proistekle iz procesa starenja, a javljaju se u oblasti socijalne politike kao organizovano aktivno angažovanje društvene zajednice u objezbjeđivanju životnih uslova, odnosno socijalne sigurnosti starijih lica. Cilj rada je upoznati koliko prirodna i migraciona kretanja utiču na na promjenu demografske strukture stanovništva, u ovom slučaju Bosne i Hercegovine. U radu je korišćena metoda analize sa raspoloživim podacima na predmetnu temu. Na osnovu saznanja do kojih se došlo u radu, izvodi se zaključak da je izraženo smanjenje broja rođene djece, a povećanje starijeg stanovništva u BiH.

Starenje stanovništva predstavlja jedno od osnovnih obilježja BiH početkom 21.vijeka i jedan je od najvećih izazova u kontekstu depopulacije ali i socijalne politike. Na kratak rok, suočavanje sa rizicima i efektima starenja, između ostalog, podrazumijeva obuzdavanje troškova kao i iznalaženje odgovarajućih rješenja u socijalnoj politici.

Prema podacima iz 2023.godine u BiH je preko 600.000 stanovnika staro 65+ (20,99%). Među starijim stanovnicima dominiraju žene, čije je učešće približno 60%. Tokom vremena starenje stanovništva postaje sve izraženije. Prema podacima iz 1991. godine, udio starijih osoba je bio tri puta manji nego danas. Projekcije pokazuju da će proces demografskog starenja u budućnosti u BiH da se intenzivira, kao i da će da se nastavi starenje starog stanovništva, što dovodi socijalnu politiku u vrlo opipljiv izazov.

Ključne riječi: demografija, starenja, starenje stanovništva, socijalna politika

Abstract

Demography studies and investigates the laws and regularities of changes in the demographic structure of the population, and determines the interrelationships between population movements and other social and economic phenomena. In this paper the subject of study is the elderly population which constitutes a specific social cohort (group) whose needs arose from the aging process, and appear in the field of social policy as an organized active engagement of the social community in ensuring the living conditions, that is the social security of the elderly. The aim of the work is to find out how natural and migratory movements influence the change in the demographic structure of the population, in this case Bosnia and Herzegovina. The paper used the method of analysis with the available data on the topic in question. Based on the findings obtained in the work, it is concluded that the number of children born has decreased, and the elderly population has increased in BiH.

The aging of the population represents one of the basic characteristics of Bosnia and Herzegovina at the beginning of the 21st century and is one of the biggest challenges in the context of depopulation and social policy. In the short term, dealing with the risks and effects

¹ Doktorand na EUBD

of aging, among other things, implies containing costs, as well as finding appropriate solutions in social policy.

According to data from 2023, there are over 600,000 inhabitants aged 65+ in BiH (20.99%). Among the elderly residents, women predominate, whose participation is approximately 60%. Over time, the aging of the population becomes more pronounced. According to data from 1991, the share of elderly people was three times smaller than today. Projections show that the process of demographic aging in BiH will intensify in the future, as well as that the aging of the old population will continue, which brings social policy into a very tangible challenge.

Keywords: demography, aging, population aging, social policy

UVOD

Starenje stanovništva jedno je od važnijih pitanja budućnosti i društvenog razvoja velikog broja zemalja. Uticaj i posljedice relativno brzog povećanja udjela stare populacije u društvu ogleda se u brzom povećanju udjela stare populacije u društvu i vidljiva je u najvažnijim sektorima, kao što su zdravstvo, socijalna zaštita i dr. Dakle, ljudski faktor – stanovništvo, starosna struktura, radna sposobnost, natalitet i mortalitet, predstavljaju osnovne pokazatelje stanja i odnosa, mogućnosti ekonomskog razvoja iz čega proizilaze i ciljevi socijalne politike države. Da bi se ciljevi socijalne politike realno isplanirali, a njihova realizacija donijela najbolje rezultate za stanovništvo Bosne i Hercegovine, neminovno se postavlja potreba za naučnim istraživanjem o starenju stanovništva putem socijalne politike, posebno za stare osobe.

Ovaj rad ima za **cilj** istražiti demografsko starenje stanovništva i svjesnu praktičnu društvenu djelatnost, koja se bavi životnim i radnim uslovima ljudi u Bosni i Hercegovini. **Predmet** istraživanja su, uz natalitet i mortalitet i uticaji migracija i povećanja broja starijih osoba na demografsku sliku bosanskohercegovačkog društva.

Kroz strukturu rada definisani su pojmovi demografije, starenja, starenja stanovništva i socijalne politike, do kojih se došlo kroz naučne spoznaje o predmetnim pojmovima. Kao prvo obrađuje se demografski razvoj i starenje stanovništva, iz razloga što je stanovništvo jedne zemlje nosilac ekonomskog razvoja, a njegovo starenje daje znak većeg planiranja sredstava i usluga u oblasti socijalne politike.

U naučnom radu obrađuje se povezanost demografskog starenja stanovništva i socijalne politike, jer s povećanjem broja starih osoba, odlaskom mladih osoba iz Bosne i Hercegovine, zahtijevaće se veće uključivanje u oblast **socijalne politike**. Obrađuju se migracija stanovništva kao važanog faktora demografskih promjena, te donošenje dokumenata za strateški razvoj zemlje. Država čini napore, donosi strategije razvoja i akcione planove za određeni vremenski period, ali se postavlja pitanje ko će te aktivnosti sprovesti, ako nam mladi i stručni kadar odlazi u druge zemlje.

1. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Promijenjen je obrazac obnavljanja stanovništva (ispod nivoa za prostu reprodukciju), a potom dolazi i do ratnih dešavanja koja su posebno pogodila demografska kretanja. Treba istaći da su popisi stanovništva 1971, 1981, 1991. godine rađeni po principu stalnog (**de iure**) stanovništva. Za razliku od toga, u popisu stanovništva 2013. godine primijenjena je nova koncepcija, tj. koncepcija prisutnog (**de facto**) ukupnog stanovništva, ali nešto izmijenjena u odnosu na njegovo izvorno značenje. Iz toga proizilazi nesklad između navedenih popisa (značajniji pad broja stanovnika u međupopisnom periodu 1991–2013).

U posljednje vrijeme sve veću pažnju dobijaju **metode za mjerenje migracija** i razumijevanje njihove izuzetno važne uloge u prostornoj dinamici ukupnog stanovništva, pri čemu

demografija razvija vlastitu metodologiju istraživanja, prognožiranja i projektovanja. Migracije, uz natalitet (fertilitet) i mortalitet, spadaju u osnovne determinante razvoja stanovništva. Upravo zbog takve međusobne zavisnosti uobičajeno je posmatrati stanje mortaliteta i fertiliteta, kako bi se usmjeravao i razvoj mjera u području migracija. Dosadašnja demografska istraživanja, pored kvantitativnih pristupa migracionim kretanjima, znatnu pažnju posvećuju problematici izučavanja i odabira migranata prema različitim obilježjima (polu, starosti, obrazovanju), kao i demografskim, ekonomskim i socijalnim karakteristikama migracija.

Ključna demografska determinanta migracija jeste **struktura** stanovništva. Tu je prvenstveno riječ o **starosno-polnoj**, ali i obrazovnoj strukturi stanovništva. Svaka od tih struktura relevantna je za izradu demometrijskih migracionih modela, ako se raspolaze kvalitetnim empirijskim podacima (Pašalić, 2020).

Migracije shvaćene u svojoj prostornoj dimenziji redovno izazivaju poremećaje u **starosno-polnoj** strukturi stanovništva upravo zbog posebnih obilježja migranata prema starosti i polu. **Starosna struktura** može se iskazati pomoću starosne varijable (d) u određenom vremenu (t). Migracije, naime, zavise o starosnoj strukturi određene populacije u vremenu (t), što se može izraziti relacijom: $M_t = f(d, t, e)$

Nepovoljni demografski procesi pridonijeli su smanjenju ukupnog „ljudskog kapitala“ kao osnovnog nosioca društveno-ekonomskog razvoja i povećanju starijeg stanovništva. Radi smanjenja, ili bar ublažavanja nejednakosti u društveno -ekonomskom razvoju, neophodno je da se koriste **endogeni (in situ) razvojni resursi** i potencijali određenog prostora, ali i **demografski resursi** (Pašalić, 2017).

2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I DISKUSIJA

2.1. Socijalno-demografski procesi i socijalna politika

Socijalno-demografski procesi u znatnoj mjeri utiču na socijalnu politiku koja podrazumijeva državnu preraspodjelu nacionalnog dohotka usmjerenu na prevladavanje socijalnih rizika, smanjenje socijalnih nejednakosti, te ujednačavanje životnih uslova građana.

Treba izdvojiti četiri socijalno-demografska faktora koji djeluju na ekonomske i socijalne prilike pa, shodno tome, i na **socijalnu politiku**. Prvo, radi se o opadanju fertiliteta, odnosno smanjenju stopa biološke reprodukcije stanovništva. Drugo, opadanje fertiliteta povezano je s demografskim starenjem koje podrazumijeva povećanje udjela starijeg stanovništva u ukupnom stanovništvu. Na trećem mjestu su migracije stanovništva, kako unutrašnje tako i spoljne, koje poprimaju sve veće razmjere. Četvrto je proces transformacija strukture i funkcija porodice. Poznato je da se porodica od svih temeljnih društvenih institucija najbrže mijenja, a transformacija porodice presudno utiče na položaj pojedinca unutar primarnih grupa kao i društva.

U ovom radu, u prvom redu, analizira se proces starenja stanovništva posredstvom kojeg se, na određeni način, reflektuju ostali socijalno-demografski procesi. **Starenje stanovništva** već je decenijama važna tema rasprava u naučnim i političkim krugovima. Mišljenja o značenju i posljedicama demografskog starenja se razlikuju, posebno s obzirom na trendove koji će uslijediti u narednom periodu. Podsjetimo, sve do sredine dvadesetog vijeka pažnja naučnika bila je usmjerena na individualno starenje. Na značenje demografskog starenja pedesetih godina proteklog vijeka je među prvim upozorio istaknuti francuski demograf **Alfred Sauvy**. Na Svjetskoj konferenciji o starenju stanovništva, održanoj 2002. godine, glavni sekretar OUN-a Kofi Annan upozorio je na kompleksne posljedice starenja stanovništva. On je starenje stanovništva nazvao „tihom revolucijom koja nije samo demografska nego ima veliki uticaj na ekonomski, socijalni, kulturni, psihološki i duhovni život“ (Tellier, Vikat i Stuckebelberger, 2009.). Veći broj autora, analizirajući posljedice starenja, zauzima pesimistično stajalište

posebno kada su u pitanju troškovi starenja, budući da oni postaju sve veća stavka u javnim finansijama. S druge strane, američki demograf Frank Notestein (1954.:4) izražava optimističan pogled na starenje stanovništva. On piše: „U cjelini gledano, starenje stanovništva ne može se smatrati problemom. To je samo način da se pesimistično sagledava najveći trijumf čovječanstva". Uopšteno uzevši, demografi ukazuju na činjenicu da starenje stanovništva predstavlja kraj velike demografske tranzicije koja je započela padom mortaliteta u prvoj polovini dvadesetog vijeka.

2.2. Indikatori starenja stanovništva

Povećana pažnja problemu starenja stanovništva povezana je sa institucionalizacijom velikih starosnih grupa stanovništva u industrijskom društvu. Naime, u tradicionalnom društvu ljudi su živjeli čvrsto povezani u malim zajednicama (porodičnim i lokalnim), a životne faze čovjeka bile su slične onima u prirodi. To znači da starost nije imala današnje značenje, pogotovo kada se radi o generacijskoj podjeli. Međutim, uporedo s industrijalizacijom, uvođenjem obaveznog školovanja djece i mladih, te utemeljenjem i ekspanzijom penzionog sistema dolazi do institucionalizacije pojedinih životnih faza, dakle, do formalizovanog definisanja generacija.

Starosna institucionalizacija, *grosso modo*, obuhvata tri generacijska nivoa:

- djetinjstvo i mladost, obilježene vaspitanjem i obrazovanjem odnosno pripremom za svijet rada;
- srednje doba, obilježeno zaposlenošću u industriji i drugim djelatnostima;
- starost, koja podrazumijeva povlačenje u miran život, bez znatnijeg radnog angažmana. Prema mišljenju uglednih autora, starost je postala jedan od glavnih kriterijuma podjele modernog društva. Postavlja se pitanje: zašto je došlo do institucionalizacije velikih starosnih grupa. Odgovor je da je to nametnula potreba za racionalnim upravljanjem društvom, te definisanjem međugeneracijskog sporazuma koji, pored ostalog, podrazumijeva nacionalnu raspodjelu dohotka između pojedinih starosnih kategorija. Ovdje je potrebno upozoriti na indikatore koji se uobičajeno koriste pri analizi demografske strukture, pa tako i starenja stanovništva. Već je ranije bilo riječi o „očekivanom trajanju života" kao opštem indikatoru. Najčešće se koristi starosna granica od 65 godina koja odvaja „starije ljude" od ostalog stanovništva. Naziv „treće doba" uobičajio se za sve one koji su navršili 65 godina. Međutim, kako raste broj starih ljudi, sve je češće u upotrebi pojam „četvrto doba" koje obuhvata one koji su premašili starosnu granicu od 80 godina (neki analitičari tu granicu spuštaju na 75 godina). Nema sumnje da će ovo razlikovanje „trećeg" i „četvrtog" doba s vremenom dobijati na važnosti, kako s obzirom na brojnost tih stanovnika, tako i s obzirom na javne politike koje treba voditi prema pojedinim grupama starih ljudi. Ovdje u igru ulazi i „očekivano trajanje zdravog života", koje takođe znatno utiče, posebno na zdravstvenu politiku društva prema starim ljudima.

Tabela 1. Prirodno kretanje stanovništva BiH (1950-2023)

Godina	Stopa <i>n</i>	Stopa <i>m</i>	<i>SUF</i>	<i>Indeks starenja</i>
1952.	38,5	14,4	5,34	10,5
1962.	31,7	9,2	3,65	12,9
1972.	21,5	7,0	2,72	14,7
1982.	17,7	6,4	2,03	21,0
1991.	14,9	7,2	1,89	38,1
2023.	9,1	12,0	1,29	143,4

Izvor: Pašalić, S. (2025). Demografske i ekonomske posljedice starenja stanovništva BiH, Evropski univerzitet, Brčko

U analizama o starenju stanovništva najčešće se koristi indikator – „udio starijeg u ukupnom stanovništvu". Pod starijim stanovništvom obično se podrazumijeva ono starije od 65 godina, mada se u analizama starosne strukture može susresti i kategorija „60 godina i više". Kao granica starosti koristi se uobičajeno doba odlaska u starosnu penziju, kako se ona definiše u većem broju evropskih zemalja. O porastu broja stanovnika starijih od 65 godina svjedoči podatak autora prof.dr Steve Pašalića, vodećeg demografa u BiH, prema kojem je njihov broj u dužem vremenskom periodu 1952. – 2023. godine višestruko povećao (vidi tabelu 1).

Nama su zanimljivi podaci o sadašnjem udjelu starih ljudi, kao i projekcije njihovog udjela tokom narednih nekoliko decenija. Tako je u BiH udio starijih od 65 godina 2023. godine dostigao 20,99%, a projekcije za 2050. godinu govore da će se njihov udio povećati na oko 30% ukupnog stanovništva. Zanimljivo je poređenje naše zemlje s Evropskom unijom: udio stanovništva starijeg od 65 godina 2023. godine u EU-u je, kao i u BiH. Međutim, prema projekcijama za 2050. godinu, EU će imati nešto više od 25% starijeg stanovništva, dakle, manje nego BiH. Posmatrano po zemljama članicama EU-a, najveći udio stanovnika iznad 65 godina imale su Italija (23%), Njemačka (23%), Portugal (22%) i Grčka (22%). Prema projekcijama za 2050. godinu, najveći će udio starih stanovnika, veći od BiH, imati Portugal (35%), Slovačka (35%), Poljska (33%), Grčka (33%), Bugarska (32%) i Njemačka (32%). Riječ je, s izuzetkom Njemačke, o zemljama južne i istočne, postsocijalističke Evrope. Na drugoj strani, povoljniju demografsku situaciju će imati nordijske i anglosaksonske zemlje, čemu uzrok treba tražiti u većim stopama fertiliteta, te u specifičnim porodičnim i populacionim politikama tih zemalja (European Commission, 2013.). Drugi važan pokazatelj starosne strukture tzv. koeficijent starosne zavisnosti starih (eng. *old age dependency ratio*) koji pokazuje omjer populacije starije od 65 godina u odnosu na radni kontingent 15 – 64 godine.

Tabela 2. Koeficijent opterećenosti stanovništva BiH

Brojs stanovnika	Broj st. 0-14	Broj st. 15-64	Broj st. 65+	Koeficijent optereć.
2.904.256	425-206	1.869.157	609.893	55,38

Izvor: Pašalić, S. (2025). Demografske i ekonomske posljedice starenja stanovništva BiH, Evropski univerzitet, Brčko

Treći pokazatelj je demografski koeficijent ukupne opterećenosti (eng. *Demographic total dependency ratio*) koji pokazuje omjer zbroja djece u dobi do 14 godina, te starijih od 65 godina (drugim riječima, ovisne populacije) u odnosu na populaciju aktivnog kontingenta stanovništva 15 – 64 godine. U BiH je koeficijent ukupne demografske opterećenosti 2023. godine iznosio 55,38 (što znači da je na dva stanovnika radnog kontingenta bio jedan neaktivni stanovnik, bilo u dječjoj ili pak starijoj dobi). Prema očekivanju, i ovaj će se koeficijent pogoršati u narednim decenijama i 2050. godine dostići preko 70,00.

Četvrti pokazatelj je starenje stanovništva, odnosno **indeks starenja** koji pokazuje odnos broja stanovnika starijih od 65 godina i broja djece do 14 godina (vidjeti tabelu 1).

2.3. Dugotrajna briga o starima i nemoćnim licima

Pored penzionog i zdravstvenog sistema, dugotrajna briga o starima i nemoćnim posljednjih godina zaokuplja sve više pažnje. Uostalom, broj ljudi starijih od 80 godina u znatnom je porastu. Oni imaju potrebu za dugotrajnom brigom, ne samo zbog toga što su mnogi od njih nemoćni, nego i zbog toga što su se tradicionalni porodični izdržavatelji uglavnom zaposlili izvan porodice.

Tako je dugotrajna briga o starima u velikom dijelu „isporučena“ javnoj sferi **socijalnog djelovanja**. U pogledu zbrinjavanja starih ljudi postoje značajne razlike među evropskim zemljama.

U zemljama južne Evrope, s tradicionalnim, snažnim porodicama, o većini starih i nemoćnih pretežno brinu članovi porodice. O tome posredno svjedoči podatak da oko 30% starih ljudi u Italiji i Španiji danas živi sa svojim potomcima. Poznato je da dosta imigranata iz drugih zemalja, kako evropskih tako i afričkih, radno angažovano, uobičajeno u nelegalnom statusu, upravo na poslovima brige o starim i nemoćnim osobama (Puljiz, 2014.). Javne institucije brige u južноеvropskim zemljama relativno su slabo razvijene.

S druge strane, na evropskom sjeveru, u nordijskim zemljama, kohabitacija starijih i potomaka unutar porodice praktično je nestala (radi se o tzv. defamilizaciji). U tim zemljama je razvijena javna briga o starijim i nemoćnim osobama. Zbog toga postoji široka i dostupna mreža javnih institucija koje pružaju besplatne ili relativno jeftine usluge porodicama, kada su u pitanju djeca, a isto tako i starije osobe.

Konačno, poseban tip zbrinjavanja starih i nemoćnih nalazimo u zemljama srednje Evrope. On se, u nekim zemljama, temelji na dodatnom socijalnom osiguranju na osnovu uplata posebnih doprinosa. Stari ljudi stoga imaju posebna **socijalna davanja**, plaćenu pomoć u domicilu ili pak smještaj u javnim institucijama. Ovdje se, u stvari, radi o petoj grani socijalnog osiguranja. U Njemačkoj je 1994. godine uveden doprinos od 1,7% dohotka, kojim se ostvaruje socijalno osiguranje dugotrajne brige zvano *Pflegeversicherung*. Slično tome, u Francuskoj je 1997. godine za stare i nemoćne uvedeno socijalno davanje zvano *Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*, koje se finansira iz poreskih prihoda, a korisnici na njega stiču pravo nakon provjere dohotka (Armengon i Bonoli, 2006.). Što se tiče BiH, možemo konstatovati da je briga o starima i nemoćnim u najvećoj mjeri na brizi porodice, te da su u tom pogledu relativno slabo razvijene javne usluge.

2.4. Aktivno starenje i potreba novog međugeneracijskog sporazuma

Aktivno starenje je koncept koji je danas široko prihvaćen kao polazni okvir socijalne politike prema starim ljudima. Podsjetimo, „aktivno starenje“ devedesetih godina prošlog vijeka inaugurisala je Svjetska zdravstvena organizacija. Navodimo jedno objašnjenje aktivnog starenja: „Ovaj koncept polazi od pretpostavke da je aktivan život vezan uz druge etički visoko cijenjene vrijednosti, kao što su življenja“ (Avramov i Maskova, 2003.:14). Aktivno starenje je kao koncept prihvaćeno u evropskim organizacijama, prije svega u Vijeću Evrope, te u Evropskoj uniji. Evropska ministarska konferencija, održana u Berlinu 2002. godine, usvojila je deklaraciju Društvo za sve u UNECE regiji. Nadalje, u Vijeću Evrope prihvaćen je projekt pod naslovom „Aktivno starenje u Evropi“. Odlukom Evropskog parlamenta, te Vijeća Evropske unije od 14. septembra 2011., godina 2012. proglašena je godinom „aktivnog starenja i međugeneracijske solidarnosti“. I u drugim dokumentima Evropa se posljednjih godina intenzivno pripremala za redefiniciju politike prema starima i aktivniju ulogu starih ljudi u društvu. Aktivno starenje podrazumijeva nekoliko aspekata: produženje radnog vijeka, odnosno povećani radni angažman populacije starije dobi, zatim cjeloživotno obrazovanje s ciljem prilagođavanja na promijenjene radne uslove i životne okolnosti, učestvovanje u društvenom i kulturnom životu. To sve zajedno treba doprinijeti afirmaciji samostalnosti i dostojanstva starih ljudi. Značenje aktivnog starenja pregnantno je ocijenio A. Larson (1999.): „Stariti, a pritom ostati aktivan: to je pravo rješenje problema“. Potrebno je da pojedinci doprinose društvu svojim sposobnostima, a ne prema svojoj hronološkoj dobi: neka rade što duže, neka odlaze u penziju što kasnije i na postupan način, neka ostanu aktivni i nakon penzionisanja baveći se pritom onim što im produžava dobro zdravlje. **Aktivno starenje** je način ostvarenja društva primjerenog za sve ljude. O takvom društvu pobliže se govori u

dokumentu »Evropska strategija socijalne kohezije Vijeća Evrope«. U njemu »socijalna kohezija« podrazumijeva preobražaj društva na način da ono postane otvoreno i privlačno za sve njegove članove, dakle i za stare ljude. Koncept »socijalne kohezije« može se shvatiti i kao kritika široko prihvaćenog koncepta »socijalne inkluzije« koji je usmjeren na »uključivanje« marginalizovanih grupa građana, dakle i starih, u već zadatu strukturu, što znači da se pritom ne mijenjaju društvene vrijednosti, koje su često uzrok njihove diskriminacije i marginalizacije (Vijeće Evrope, 2004.).

Nema sumnje da će u narednom periodu, usljed znatno promijenjenih društvenih okolnosti, biti potrebno redefinisati sadašnji međugeneracijski sporazum, iza kojeg će kao jamac stajati država. Ovdje ćemo podsjetiti na nekoliko elemenata o kojima pri tome treba voditi računa. Budući da materijalni status ljudi u starijoj dobi zavisi o postignućima koje su ostvarili tokom radne karijere, nužno je preduzeti mjere radi ujednačavanja životnih šansi, pogotovo kada je riječ o siromašnijim stanovnicima. To u prvom redu podrazumijeva širenje mreže, te povećanje dostupnosti javnih institucija za vaspitanje i obrazovanje djece od najranije dobi. Pretpostavka je da će to doprinijeti povećanju ukupnog ljudskog kapitala. Pojednostavljeno rečeno, novi međugeneracijski ugovor znači znatno veće „socijalno investiranje“. Nadalje, zbog intenzivnih promjena, uzrokovanih tehnološkim inovacijama, te procesima globalizacije, potrebno je razviti cjeloživotno učenje koje će građane pripremiti za suočavanje s novim izazovima u svijetu rada. Veće ulaganje u djecu i cjeloživotno učenje u znatnoj mjeri će uticati na preraspodjelu javnih sredstava u korist vaspitanja, obrazovanja i obučavanja. Međutim, to je istovremeno pretpostavka za uspješno provođenje koncepta aktivnog starenja.

Kada je riječ o međugeneracijskoj pravdi, čini se privlačnim već pomenuto načelo *Musgrave*, prema kojem je potrebno održavati proporcionalnu, dakle uravnoteženu, međugeneracijsku raspodjelu nacionalnog dohotka. Treba uz to podsjetiti da aktualni penzioni sistem sadrži neke unutargeneracijske nepravde koje će u narednom periodu trebati ispravljati. Na primjer, to se odnosi na pojedine kategorije penzionera s obzirom na razlike u očekivanom trajanju života pa, dakle, i na dužinu korišćenja penzije. Istraživanja su pokazala da tzv. „kadrovi“ u Francuskoj u prosjeku žive pet godina duže od fizičkih radnika, dok je u Velikoj Britaniji ta razlika između bogatih i siromašnih osjetno viša. Stoga se na dnevni red postavlja pitanje intrageneracijske pravde u korištenju javnih penzionih fondova. Slično se može tvrditi i za sredstva namijenjena javnoj zdravstvenoj zaštiti, te dugotrajnoj brizi o starima.

Ako su, dakle, bogatiji građani glavni korisnici javnih davanja i usluga, onda je zbog intrageneracijske pravde, opravdano uvesti progresivno oporezivanje u funkciji trajanja života. Pri tome treba imati na umu da doprinosi koji se plaćaju nisu odmjereni prema kupovnoj moći i ukupnom bogatstvu korisnika socijalnih davanja i usluga, nego prema platama, što je dodatni element nejednakosti u međugeneracijskoj raspodjeli. Ovdje se radi o javnim fondovima, dok su, kada je riječ o penzijama, izostavljeni privatni fondovi koji utiču na visinu penzionih davanja. U nastojanju da se rekonstruiše penzioni sistem na načelima pravednosti, mnogi analitičari su skloni uspostavi univerzalnih temeljnih penzija za sve građane koje će biti nešto iznad granice siromaštva, a koje bi se finansirale iz poreza koje, zbog veće kupovne moći, više plaćaju bogatiji građani. S druge strane, ostavila bi se mogućnost ulaganja u privatne penzione fondove iz kojih bi se dobijala „druga penzija“ srazmjerno ekonomskoj snazi korisnika. U redizajniranom međugeneracijskom sporazumu u kojem je glavna uloga namijenjena državi, ima prostora za djelovanje. Ukratko rečeno, evropskim društvima predstoji niz reformi u domenu socijalne i drugih politika usmjerenih na rješavanje problema sve većeg broja starih ljudi u decenijama koja slijede.

ZAKLJUČCI

Predmet demografije je stanovništvo koje živi na nekoj teritoriji i koje se mijenja u pogledu svojih obilježja po zakonomjernostima, svojstvenim za izvjesno istorijsko razdoblje. Stanovništvo predstavlja skup ljudi na nekoj teritoriji koji se razlikuje od samih individua, mada je od njih sastavljen. Po današnjem, širem gledištu, demografija izučava njegovo kretanje, razmještaj i druge pojave, kao i njegove strukture koje se zasnivaju na individualnim karakteristikama pojedinaca. U demografskim procesima, značajno je pomenuti da su migracije stanovništva jedna od izraženih karakteristika koje se odvijaju iz različitih razloga.

Migracije iz nerazvijenih područja u razvijena područja su veoma izražene gdje imamo situaciju da razvijenija područja izdvajaju znatno više sredstava za korisnike socijalnih prava u odnosu na nerazvijena područja. Iz navedenih razloga stanovnici odlaze u područja gdje su veća novčana primanja. Cijele porodice odlaze van Bosne i Hercegovine, zapošljavaju se u treće zemlje, te samim time određeni broj radno sposobnog stanovništva ne nastavlja finansiranje penzionih fondova kroz međugeneracijsku solidarnost, tako da se uplate prema Penzionom fondu smanjuju i finansiranje istog dovodi u pitanje. Sva navedena migraciona kretanja stanovništva, a koja su navedena u ovom radu, zahtijevaju empirijska istraživanja koja se trebaju provesti na cijelom prostoru Bosne i Hercegovine, a sve s ciljem istraživanja uzroka, zbog kojih dolazi do migracije stanovništva, te posljedice koje će migracije ostaviti na demografsku strukturu stanovništava i socijalnu politiku države.

Stanovništvo, njegova starosna struktura, radna sposobnost, natalitet i mortalitet, predstavljaju osnovne pokazatelje mogućnosti i ekonomskog razvoja, a samim tim i pravca socijalne politike neke države. Socijalna i populaciona politika su međusobno povezane, isprepletene i djeluju zajednički. Važno je naglasiti da demografski procesi predstavljaju sve složenija pitanja koja socijalna, populaciona i druge politike treba u budućnosti da rješavaju. Važno je naglasiti da ključni demografski procesi, uključujući promjene u porodici, odlazak mladih u zemlje Evrope, ostanak starih roditelja, dobijaju sve važnije mjesto u socijalnoj politici. Može se izvesti zaključak, da bosanskohercegovачkom društvu predstoji niz reformi u dijelu socijalne i drugih politika usmjerenih na rješavanje potreba sve većeg broja starih osoba, u godinama koja dolaze, uz aktivno učešće naučnika iz područja demografije i socijalne politike.

LITERATURA

1. Armingeon, K., & Bonoli, G. (2006). The politics of post-industrial welfare state. London: Routledge.
2. Avramov, D., & Maskova, M. (2013). Active ageing in Europe. Population Studies, No. 41. Strasbourg: Council of Europe.
3. Cadarec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.
4. Paris: Editions Nathan Centre de recherche en économie de Sciences Politiques (OFCE). (2010).
5. Eurostat. (2013). 2013. Eurostat.
6. Les réformes des retraites dans la crise. Paris: OFCE. Eurostat. (2011). 2011.
7. Eurostat. Eurostat. (2013). 2013. Eurostat.
8. Larson, A. (1999). Active ageing: Promoting a European society for all ages. Brussels: European Commission. Available at <http://bookshop.europa.eu/en/forum-special.-active-ageingpromoting-a-european-society-for-all-agespbCENF98S01/>
9. Pašalić, S. (2017). Metodologija naučnog istraživanja, Univerzitet u Istočnom Sarajevu
10. Pašalić, S. (2020). Demografski indikatori i GIS analiza BiH, Univerzitet u Istočnom Sarajevu
11. Pašalić, s. (2025). Demografske i ekonomske posljedice starenja stanovništva u BiH. Evropski univerzitet, Brčko Distrikt
12. Pokos, N. (2012). Starenje stanovništva kao temeljni dugoročni demografske proces u zemljama u regiji. Prezentacija na skupu o starenju stanovništva. Zagreb.
13. Puljiz, V. (2011). Kriza, reforme i perspektive mirovinskih reformi u europskim zemljama i u Hrvatskoj. Privredna kretanja i ekonomska politika, 21(129), 27-63. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/115357>
14. Puljiz, V. (2014). Migracije i imigracijske politike u Europi. In V. Puljiz, J. Tica & D. Vidović (ur.), Migracije i razvoj Hrvatske, Podloga za hrvatsku migracijsku strategiju. Zagreb: Hrvatska gospodarska komora.

OSJEĆAJ INTEGRIRANOSTI U DRUŠTVO KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Sažetak

Uvod: Društvena integracija starijih osoba ključni je razlog održavanje mentalnog i fizičkog zdravlja osoba starije životne dobi. Nakon umirovljenja i prestanka radnih obveza većina osoba starije životne dobi osjeća usamljenost, te nezadovoljstvo od strane zajednice kao i finansijsku nestabilnost te upravo navedeno smatra kao razlog slabije integriranosti u društvo.

Cilj: Ispitati osjećaj integriranosti u društvo kod osoba sarije životne dobi

Metode i ispitanici: U istraživanju su sudjelovala 95 ispitanika, od kojih su 67 % žene te 33% muškarci. Najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini 60 – 69 godina, njih 49 %. Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom koji je kreiran u svrhu ovog istraživanja. Istraživanje je provedeno u periodu od sječnja do ožujka 2025.godine na području Osječko-baranjske županije kroz terensko anketiranje.

Rezultati: Osobe starije životne dobi kao najveći razlog loše inegracije u društvo smatraju finansijsko ograničenje. 65% osoba smatra kako zajednica ne pruža dovoljno mogućnosti za uključenje starijih u društvo dok se 22% ispitanika osjeća usamljeno. Žene značajnije više sudjeluju u društvenim aktivnostima za razliku od muškaraca, koji za ograničen pristup društvenim aktivnostima navode zdravstvene probleme. Ispitanice smatraju da ih društvo ne poštuje dovoljno, te su također za razliku od muškaraca nezadovoljnije s uvažavanjem njihovog mišljenja u obitelji.

Zaključak: Najveći problem društvene integracije ispitanici navode finansijska ograničenja, kao i lošu angažiranost zajednice i ne pružanje mogućnosti uključenja osobama starije životne dobi. Provedenim istraživanjem potvrđena je loša integriranost starijih osoba u zajednici kao i lošija briga o osobama starije životne dobi u odnosu na prošlost. Žene su nezadovoljnije u odnosu na muškarce kada je u pitanju razumijevanje društva i uvažavanje mišljenja od strane obitelji.

Ključne riječi: integracija, društvo, starija dob, umirovljenje

Summary

One of the most important trends of the last decade is the aging of the world's population. According to current demographic data, the proportion of older people is increasing and the average life expectancy is also increasing. These changes bring numerous consequences, including longer working lives, increased education among future older people, an increase on chronic diseases, and a greater need for care services. Given the increasing influence of older people in society, it is crucial to investigate the factors that contribute to quality and productive aging. In order to ensure meaningful and satisfying aging, various interventions are needed in the areas of health, social care, the pension system, and the economy. In addition to preparation at the societal level, the preparation of the individual for aging is no less important. We see the ability to adapt to changes in various aspects of life as a key to successful aging. This includes accepting the possibilities and limitations in physical, physiological, and cognitive functions, as well as social roles and relationships. An additional factor of security is the support of loved

ones, active participation in the community, engagement in social activities, and finding meaning and purpose in life.

UVOD

Osjećaj integriranosti u društvu za osobe starije životne dobi izuzetno je važan za mentalno i emocionalno zdravlje. Kada se osobe starije životne dobi osjećaju uključeno i povezano s drugim osobama neosporivo je da se značajno poboljšava kvaliteta njihova života. Integriranost kao takva uključuje sudjelovanje u društvenim aktivnostima, održavanju odnosa s obiteljima i prijateljima kao i aktivno sudjelovanje u zajednici. O integriranosti u društvo ovisi samopouzdanje koje je bolje kod osoba koje su uključene u zajednicu. Osim samopouzdanja integracija u društvo umanjuje osjećaj usamljenosti i depresije, kao i općenito zadovoljstvo životom. Neophodno je ali i važno za društvo u cijelosti poticati starije osobe da se uključe u aktivnosti, bilo da se radi o volonterskim radovima, hobbijima ili grupnim druženjima. Mlađe generacije u integraciji starijih osoba zauzimaju važnu ulogu. Razumijevanje od mlađe generacije kao i društvena podrška mogu značajno doprinijeti da osobe starije životne dobi osjećaju pripadnost i vrijednosti unutar zajednice. Kao takav osjećaj integriranosti pozitivno utječe na fizičko zdravlje starijih osoba jer zauzimaju aktivnu ulogu u društvenim aktivnostima što je ključ za održavanje zdravlja u starijoj životnoj dobi. Danas smo svjedoci produljenja životnog vijeka diljem svijeta. Produljenjem životnog vijeka dolazi i do duljeg aktivnoga starijih osoba. Starenje dovodi do promjena na fizičkom, psihološkom i emocionalnom planu, s godinama dolazi do opadanja sposobnosti, smanjenja aktivnosti, stariji ljudi su pasivniji i komunikacija s drugima u zajednici je sve siromašnija. Promjene koje su navedene smatraju se normalnim i korisnim za uključene osobe i društvo. Proces odvajanja i prijenosa uloga i moći sa starijih na mlađe je neizbježan i univerzalan (1). Za razliku od starije populacije koja prolazi kroz proces odvajanja pojedini su ipak skloniji teoriji aktivnosti. Osobe starije životne dobi nerijetko biraju ostati angažirane, žele aktivno stariti te nastavljaju sa svojim aktivnostima koje su obavljali u srednjoj dobi i vode zadovoljavajući i dobro prilagođen život (1). Osim navedenih teorija postoji još niz teorija o starenju ali niti jedna od njih ne objašnjava proces starenja u potpunosti. Vrijeme prijelaza kroz životne faze se razlikuje prema spolu, društvenoj klasi i etničkom podrijetlu na sam period prijelazne životne faze pojedinca utječe i politička i ekonomska promjena (1).

PROMJENE KOJE DONOSI STARIJA ŽIVOTNA DOB

Razdoblje starosti obuhvaća odlazak u mirovinu što je jedan od razvojnih zadataka. Životne promjene koje se javljaju tijekom starenja donose određene gubitke, tako i umirovljenje podrazumijeva određene gubitke, koji su posebno su vidljivi na društvenom aspektu ali i određene pozitivne strane. Smanjenje prihoda i socijalnog kontakta, gubitak socijalnog statusa kao i navike koje se mijenjaju, aktivnosti i dnevna organizacija do sada ispunjena radnim vremenom predstavljaju negativne aspekte umirovljenja (2). Ako gledamo drugi aspekt procesa umirovljenja vidimo pozitivne strane kao što je oslobađanje poslovnih obveza, mogućnost provođenja više vremena s obitelji i prijateljima. Starije osobe su heterogena skupina i iz tog razloga postoje velike interindividualne razlike kod načina doživljavanja umirovljenja (2). Kao što smo i ranije naveli postoje pozitivne i negativne strane umirovljenja u životu umirovljenika i njegove obitelji. Određeni postotak populacije koja odlazi u mirovinu osjeća gubitak, nezadovoljstvo kao i strah i tjeskobu zbog gubitka svakodnevnice i promjena koje dolaze s umirovljenjem, dok drugi dio proces umirovljenja gleda kao nagradu i priliku u kojoj konačno ima vrijeme za sebe, svoje hobije, obitelj, prijatelje (2). Prilagodba ovisi o mnogim faktorima, najučestaliji su zdravstveno stanje, financije kao i životni standard koji se mijenja zbog manjih

prihoda. Osim navedenog kao čimbenike prilagodbe vidimo i interese van dosadašnjeg obveznog posla kao i uključenost u društvo prilikom umirovljenja (2). Osobe koje imaju zadovoljene navedene aspekte lakše se prilagođavaju statusu umirovljenika i zadovoljniji su svojim životom (3). Pojedini kao značajan faktor prilagodbe i zadovoljstva vide u religioznosti, društvenoj integraciji i podršci članova obitelji.

Umirovljenje je sastavni dio životne faze osobe. Obzirom na produljenje životnog vijeka te kontinuirano starenje stanovništva odlazak u mirovinu danas predstavlja fazu života u kojem će se boraviti sve dulje. Upravo iz tih razloga, utvrđivanje psihosocijalnih čimbenika koji su zaslužni za uspješnu prilagodbu umirovljenja te uspješnog starenja sve više dobija na važnosti (2).

INTEGRACIJA U DRUŠTVO

Integracija je društvena kohezija mjerena na individualnoj razini (4). Integracija kao društvena kohezija uključuje ekonomsku, političku i socio – kulturnu dimenziju. Svaki pojedinac započinje svoju integraciju još u djetinjstvu, ekonomska integracija počinje od malih nogu kada nas uče i pripremaju za rad kroz život za koji smo plaćeni kroz odraslu dob, a završava odlaskom u mirovinu. Zadnja tri desetljeća velik je odljev radne snage u prijevremene mirovine ili povlačenje s polja rada u mlađoj dobi. Politička integracija očituje se kroz sudjelovanje u društvenim organizacijama čime djelujemo aktivno u nečiju tuđu korist. Volontiranje je jedan od najboljih primjera koji je u sve većem porastu u današnjici. Starije osobe koje su ekonomski ili politički aktivni imaju osjećaj pripadnosti dok je socio-kulturna integracija više amorfnja integracija (4). Starije osobe koje imaju socio-kulturnu dimenziju također mogu imati osjećaj doprinosa. Njihov način doprinosa nema ekonomsku vrijednost ili možda ne pridonose na način da od njihovog rada benefite ima netko drugi. Oni kroz neformalen aktivnosti poput druženja s obitelji ili prijateljima kroz slobodno vrijeme promiču integraciju. Razlika postoji u integraciji kasne životne dobi i u ranijim fazama života. Upravo sve tri navedene dimenzije integracije imaju utjecaj kao i individualne karakteristike, strukturalne promjene i zajednica (4). Integriranost starijih osoba u društvo povezano je s nizom čimbenika za koje istraživanja tvrde ovise o mnogim čimbenicima u koje je uključeno i geografsko okruženje (1). Vrlo je važno i ne može se zanemariti da društvena integracija ovisi o osjećaju pripadnosti u svoje okruženje, dužini provedenog životnog vijeka u svom susjedstvu kao i stvaranje slike o samom sebi. Društvena integracija pitanje je od ključne važnosti u starijoj dobi i važan je čimbenik uspješnog starenja. Svjedoci smo relativnog i apsolutnog povećanja starijih osoba u našem društvu. Upravo navedeno predstavlja veliki izazov za biologiju, društvene i bihevioralne znanosti a posebice za medicinu (5). Uspješno starenje je višedimenzionalno te obuhvaća izbjegavanje bolesti kao i invaliditeta, održavanje tjelesne aktivnosti kao i kognitivnih funkcija uz angažiranje u društvu kroz aktivnosti (5). Ljudi su društvena vrsta te se oslanjaju na sigurnost kao i na društveno okruženje koje ih štiti kako bi preživjeli i napredovali. Predložba društvene izolacije ili usamljenosti dovode do povećanja opreza zbog povećanog osjećaja ranjivosti i želej za povezivanjem i socijalnim kontaktom (6). Osjećaj usamljenosti uzrokuje nezadovoljstvo i dovodi do pogoršanja fizičkog i mentalnog zdravlja. Osjećaj usamljenosti i odbačenosti te sumnja u svoju vrijednost za društvo dovodi do promjena na psihološkom planu koji imaju utjecaj na fiziološko funkcioniranje. Usamljenost ne znači samo biti sam (6). Prisutnost obitelji i bližnjih može izazivati osjećaj usamljenosti ako starijim osobama nije posvećena pažnja, potvrda i sjećanje na društvene učinke (6). Navedeno nas dovodi do zaključka da starijim osobama treba omogućiti društvenu uključenost i interakciju. Osim što stariji ljudi trebaju zajednicu i integriranost kako bi se osjećali bolje, bili korisni u društvu, tako i zajednica može imati benefite kojima doprinose starije osobe (1).

Potrebna je promjena slike društva o starijim osobama, starije osobe nisu teret za društvenu imovinu ili kapital društva. Anant 1966. godine osjećaj pripadnosti definirao je kao „osjećaj osobne uključenosti u društveni sustav kako bi se osobe osjećale nezamjenjivim i sastavnim djelom sustava“. Upravo navedeno implicira priznavanje i prihvaćanje starijih osoba kao jednako vrijednog člana od strane drugih članova u grupi (1). Današnje društvo koje razmišlja o budućnosti i potiče promišljanje dolazi do zaključka o humanom kapitalu kao vrijednosti koju je nemoguće nadomjestiti. Integracija starijih osoba kao i ekonomska uključenost strategija je koja donosi budućnost i ne treba biti pojedinačna iznimka (7). Društvo koje je usmjereno prema nekom cilju te upotrebljava sredstva življenja i djelovanja kako bi ostvarilo cilj znači da ima smjer i strukturu djelovanja (7). Za takvo društvo koje ima cilj važno je zajedništvo a najvažniju ulogu u njemu zauzima osoba.

ISPITANICI I METODE

U istraživanju je sudjelovalo 95 ispitanika. Istraživanje se provodilo terenski na području Osječko –baranjske županije siječnja do ožujka 2025. godine. Ispitanici su bile osobe u mirovini od kojih su 64 (67 %) žene te 31 (33 %) muškarci. Najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini 60 – 69 godina, njih 47 (49 %).

Uključujući kriteriji:

- ispitanici koji potpišu informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju
- borave na području Osječko –baranjske županije
- u mirovini
- kognitivno očuvani bez težih psihičkih promjena

Isključujući kriteriji:

- ispitanici koji ne potpišu informirani pristanak
- osobe koje ne borave na području Osječko – baranjske županije
- osobe koje nisu u mirovini
- osobe koje nisu u mogućnosti razumjeti i samostalno ispuniti anketni upitnik

Zaštita osobnih podataka

Sudjelovanje osoba je dobrovoljno i svi su ispitanici na, za to predviđenom obrascu dali izričitu i dobrovoljnu suglasnost (privolu) ispitivaču za obradu osobnih podataka a ustupljeni podatci će biti obrađeni u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka (Uredba EU 2016/679) uz primjenu odgovarajućih tjelesnih i tehničko-sigurnosnih mjera zaštite. Pristup i priopćavanje osobnih podataka ispitanika bit će onemogućen trećoj strani. Ispitivačica se obvezuje čuvati povjerljivost osobnih podataka ispitanika, koristit će ih isključivo u svrhe istraživanja te se obvezuje da se podatci neće pojavljivati ni na jednom znanstveno-istraživačkom dokumentu povezanom s osobnim imenom i prezimenom, niti će se pojedinačno objavljivati. U svakom trenutku ispitanik ima pravo zahtijevati pristup, dopunu, izmjenu ili brisanje svojih osobnih podataka te ima pravo na ograničenje obrade, pravo na prenosivost podataka, kao i pravo na opoziv suglasnosti.

Metode istraživanja

Opis istraživanja

Istraživanje je provedeno na području Osječko- baranjske županije u trajanju od 2 mjeseca (siječnja do ožujka 2025. godine.) . Ispitanici su umirovljenici sa prebivalištem u Osječko –

baranjskoj županiji. Ispitanicima je detaljno objašnjeno istraživanje na njima razumljiv način te, ukoliko su suglasni sasudjelovanjem u ispitivanju, dobili su informirani pristanak na potpis. Nakon potpisivanja informiranog pristanka, ispitanici samostalno ispunjavaju anketni upitnik. Ispitanici će biti informirani o tome da će se testovni materijali i podatci koristiti u istraživanjima, potom i o općim i posebnim koristima istraživanja, vrsti i trajanju postupka, povjerljivosti dobivenih podataka, zaštiti privatnosti, dobrovoljnosti sudjelovanja i prava na odustajanje od sudjelovanja tijekom istraživanja.

Kao instrument istraživanja osjećaja integriranosti u društvo osoba starije životne dobi upotrijebljen je anketni upitnik koji se sastojao iz dvije cjeline. U prvom djelu anketnog upitnika prikupljeni su demografski podatci (dob, spol, mjesto prebivališta i bračni status), drugi dio upitnika izrađen je za potrebe ovog istraživanja te je sadržavao pitanja vezana za odnose aktualne angažiranosti i osobnoj motivaciji u mirovini.

REZULTATI

Osnovna pitanja postavljena osobama kroz anketni upitnik odnose se na opis aktualne angažiranosti u mirovini, osobnoj motivaciji i angažiranosti te pitanjima o saznanjima o širim perspektivama društva u odnosu prema starijim osobama.

Osnovna obilježja bolesnika

U istraživanju su sudjelovala 95 ispitanika, od kojih su 64 (67 %) žene te 31 (33 %) muškarci. Najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini 60 – 69 godina, njih 47 (49 %), potom slijedi 33 (35 %) ispitanika dobne skupine 70 – 79 godine te skupini 80 i više godina pripada 15 (16 %) ispitanika. U gradu živi 23 (24 %) ispitanika, dok njih 64 (67 %) živi na selu. Udovac/ica su 51 (54 %) ispitanika, u braku je 20 (21 %) ispitanika, dok su 14 (15 %) ispitanika samci (Tablica 1).

Tablica 1. Osobitosti ispitanika		
		Broj (%) ispitanika
Dob	60 – 69	47 (49)
	70 – 79	33 (35)
	80+ godina	15 (16)
Spol	Muški	31 (33)
	Ženski	64 (67)
Mjesto prebivališta	Grad	23 (24)
	Selo	72 (76)
Bračni status	U braku	20 (21)
	Udovac/ica	51 (54)
	Razveden/a	10 (10)
	Sam/a	14 (15)
Ukupno		95 (100)

Tablica 2 prikazuje prvi dio odgovora ispitanika koji se odnosi na osjećaj integriranosti u društvo. Vidljivo je kako 53 (56 %) ispitanika rijetko sudjeluju u društvenim aktivnostima, samo 17 (18 %) ispitanika su članovi neke organizacije ili udruge, 35 (37 %) ispitanika se

jednom tjedno druže sa obitelji i prijateljima. Od ukupno 95 ispitanika, njih 20 (21 %) često se osjećaju socijalno isključenima te isti broj ispitanika smatra kako bi bolji pristup društvenim aktivnostima uključio ih u društvo. Kao najveći problem sudjelovanja u društvenim aktivnostima 58 (61 %) ispitanika navodi financijska ograničenja, dok 13 (14 %) ispitanika smatraju nedovoljno prilagođene aktivnosti. 21 (22 %) ispitanika često se osjećaju usamljeno, a 52 (55 %) ispitanika bi u svojoj zajednici voljeli imati kulturna događanja. 62 (65 %) ispitanika smatra kako zajednica ne pruža dovoljno mogućnosti za uključivanje starijih osoba, iako isti broj ispitanika ima pristup informacijama o aktivnostima i događanjima za starije osobe.

Tablica 2. Osjećaj integriranosti u društvu (1.dio)		
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Koliko često sudjelujete u društvenim aktivnostima?	Rijetko (2 – 3 puta godišnje)	53 (56)
	Povremeno (1 – 2 puta mjesečno)	30 (32)
	Redovito (više od 2 puta mjesečno)	12 (13)
Jeste li član neke organizacije ili udruge?	Da	17 (18)
	Ne	78 (82)
Koliko često se družite s obitelji i prijateljima?	Svakodnevno	32 (34)
	Jednom tjedno	35 (37)
	Rijetko	20 (21)
	Gotovo nikada	8 (8)
Osjećate li se socijalno isključenima?	Da, često	20 (21)
	Povremeno	68 (72)
	Nikada	7 (7)
Što biste voljeli da se poboljša kako biste se osjećali više uključenima u društvo?	Bolji pristup društvenim aktivnostima	20 (21)
	Bolja zdravstvena podrška	56 (59)
	Više međugeneracijskih aktivnosti	10 (10)
	Veće priznanje i uvažavanje starijih osoba	9 (9)
Što vam najviše otežava sudjelovanje u društvenim aktivnostima?	Zdravstveni problemi	19 (20)
	Financijska ograničenja	58 (61)
	Nedostatak prijevoza	5 (5)
	Nedovoljno prilagođene aktivnosti	13 (14)
Osjećate li se usamljeno?	Da, često	21 (22)
	Povremeno	36 (38)
	Ne, nikada	38 (40)
Koje oblike društvenih aktivnosti biste željeli više imati u svojoj zajednici?	Kulturni događaji	52 (55)
	Sportske aktivnosti	7 (7)
	Edukativni programi	21 (22)
	Druženja s drugim generacijama	15 (16)
Smatrate li da zajednica pruža dovoljno mogućnosti za uključivanje starijih osoba?	Da, u potpunosti	12 (13)
	Djelomično	21 (22)
	Ne	62 (65)
Imate li pristup informacijama o	Da	62 (65)
	Ne	33 (35)

Tablica 2. Osjećaj integriranosti u društvu (1.dio)		
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
aktivnostima i događanjima za starije osobe?		
Ukupno		95 (100)

Tablica 3 prikazuje drugi dio upitnika o osjećaju integriranosti starijih osoba u društvo. Čak 70 (74 %) ispitanika smatraju kako je danas lošija briga o starijima u odnosu na prošlost, 53 (56 %) ispitanika smatraju kako ih društvo ne poštuje dovoljno kao stariju osobu. 71 (75 %) ispitanika smatraju kako se u medijima ne govori dovoljno o potrebama starijih osoba te su 73 (77 %) ispitanika doživjela diskriminaciju zbog svoje dobi. Financijsku sigurnost kao najvažniju za očuvanje dostojanstva starijih osoba navodi 58 (61 %) ispitanika, dok 13 (14 %) ispitanika smatra kako se njihovo mišljenje nikada ne uvažava u obitelji i zajednici. Za 15 (16 %) ispitanika digitalna pismenost je vrlo važna, dok nedostatak informacija najviše utječe na integraciju u društvo za 51 (54 %) ispitanika. Svojim financijskim stanjem u mirovini nisu zadovoljna 74 (78 %) ispitanika, a 36 (38 %) ispitanika su nezadovoljni razinom brige koju društvo pruža starijima.

Tablica 3. Osjećaj integriranosti u društvu (2. dio)		
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Smatrate li da je danas bolja ili lošija briga o starijima u odnosu na prošlost?	Bolja	12 (13)
	Lošija	70 (74)
	Ostala ista	13 (14)
Osjećate li da vas društvo dovoljno poštuje kao stariju osobu?	Da, u potpunosti	17 (18)
	Djelomično	25 (26)
	Ne	53 (56)
Smatrate li da se u medijima dovoljno govori o potrebama starijih osoba?	Da	24 (25)
	Ne	71 (75)
Jeste li ikada doživjeli diskriminaciju zbog svoje dobi?	Da	73 (77)
	Ne	22 (23)
Što smatrate najvažnijim za očuvanje dostojanstva starijih osoba?	Poštovanje u komunikaciji	12 (13)
	Pristup zdravstvenim uslugama	8 (8)
	Financijska sigurnost	58 (61)
	Uključenost u donošenje odluka koje ih se tiču	17 (18)
Koliko često osjećate da vam se mišljenje uvažava u obitelji i zajednici?	Uvijek	31 (33)
	Ponekad	51 (54)
	Nikada	13 (14)
Koliko vam je važna digitalna pismenost za osjećaj	Vrlo važna	15 (16)
	Djelomično važna	46 (48)
	Nije važna	34 (36)

Tablica 3. Osjećaj integriranosti u društvu (2. dio)		
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
uključenosti u društvo?		
Koje prepreke najviše utječu na vašu integraciju u društvo?	Fizičko zdravlje	32 (34)
	Nedostatak prijevoza	12 (13)
	Nedostatak informacija	51 (54)
Jeste li zadovoljni svojim financijskim stanjem u mirovini?	Da, u potpunosti	3 (3)
	Djelomično	18 (19)
	Ne	74 (78)
Koliko ste zadovoljni razinom brige koju društvo pruža starijima?	U potpunosti nezadovoljan/na	5 (5)
	Nezadovoljan/na	36 (38)
	Niti zadovoljan/ne niti nezadovoljan/na	42 (44)
	Zadovoljan/na	10 (11)
	U potpunosti zadovoljan/na	2 (2)
Ukupno		95 (100)

Žene značajno povremeno ili redovito sudjeluju u društvenim aktivnostima za razliku od muškaraca, dok se muškarci značajnije svakodnevno druže sa obitelji ili prijateljima za razliku od žena (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više žena se povremeno osjećaju socijalno isključenima, te im nedovoljno prilagođene aktivnosti značajnije otežavaju sudjelovanje u društvenim aktivnostima za razliku od muškaraca (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više muškaraca bi voljeli bolji pristup društvenim aktivnostima, ali im značajno više zdravstveni problemi otežavaju sudjelovanje u društvenim aktivnostima za razliku od žena (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više muškaraca bi voljeli više sportskih aktivnosti u svojoj zajednici za razliku od žena koje bi voljele edukativne programe te značajno više žena smatra kako nemaju pristup informacijama o aktivnostima i događanjima za starije osobe (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 4).

Tablica 4. Osjećaj integriranosti u društvu (1.dio) s obzirom na spol (N = 95)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Ženski	Muški	
Koliko često sudjelujete u društvenim aktivnostima?	Rijetko (2 – 3 puta godišnje)	22 (34)	31 (100)	< 0,001
	Povremeno (1 – 2 puta mjesečno)	30 (47)	0 (0)	
	Redovito (više od 2 puta mjesečno)	12 (19)	0 (0)	
Jeste li član neke organizacije ili udruge?	Da	10 (19)	7 (23)	0,23
	Ne	54 (81)	24 (77)	
Koliko često se družite s obitelji i prijateljima?	Svakodnevno	1 (2)	31 (100)	< 0,001
	Jednom tjedno	35 (55)	0 (0)	
	Rijetko	20 (31)	0 (0)	
	Gotovo nikada	8 (13)	0 (0)	
Osjećate li se socijalno isključenima?	Da, često	0 (0)	20 (65)	< 0,001
	Povremeno	57 (89)	11 (35)	
	Nikada	7 (11)	0 (0)	
Što biste voljeli da se poboljša	Bolji pristup društvenim aktivnostima	0 (0)	20 (65)	< 0,001

Tablica 4. Osjećaj integriranosti u društvu (1.dio) s obzirom na spol (N = 95)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Ženski	Muški	
kako biste se osjećali više uključenima u društvo?	Bolja zdravstvena podrška	45 (70)	11 (35)	
	Više međugeneracijskih aktivnosti	10 (16)	0 (0)	
	Veće priznanje i uvažavanje starijih osoba	9 (14)	0 (0)	
Što vam najviše otežava sudjelovanje u društvenim aktivnostima?	Zdravstveni problemi	0 (0)	19 (61)	< 0,001
	Financijska ograničenja	46 (72)	12 (39)	
	Nedostatak prijevoza	5 (8)	0 (0)	
	Nedovoljno prilagođene aktivnosti	13 (21)	0 (0)	
Osjećate li se usamljeno?	Da, često	10 (16)	11 (34)	0,32
	Povremeno	26 (41)	10 (33)	
	Ne, nikada	28 (43)	10 (33)	
Koje oblike društvenih aktivnosti biste željeli više imati u svojoj zajednici?	Kulturni događaji	32 (50)	20 (65)	< 0,001
	Sportske aktivnosti	0 (0)	7 (23)	
	Edukativni programi	21 (33)	0 (0)	
	Druženja s drugim generacijama	11 (12)	4 (22)	
Smatrate li da zajednica pruža dovoljno mogućnosti za uključivanje starijih osoba?	Da, u potpunosti	0 (0)	12 (39)	< 0,001
	Djelomično	2 (3)	19 (61)	
	Ne	62 (97)	0 (0)	
Imate li pristup informacijama o aktivnostima i događanjima za starije osobe?	Da	31 (48)	15 (49)	0,50
	Ne	33 (52)	16 (51)	
Ukupno		64 (100)	31 (100)	

* χ^2 test

Značajno više muškaraca smatra kako je danas bolja briga o starijima u odnosu na prošlost. Značajno više žena smatra kako ih društvo ne poštuje dovoljno kao stariju osobu te kako se u medijima ne govori dovoljno o potrebama starijih osoba (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više muškaraca smatra kako je poštovanje u komunikaciji najvažnije za očuvanje dostojanstva starijih osoba (χ^2 test, $P = 0,01$). Značajno više muškaraca smatra kako se njihovo mišljenje uvijek uvažava u obitelji i zajednici (χ^2 test, $P < 0,001$) za razliku od žena. Značajno više žena nisu zadovoljne svojim financijskim stanjem u mirovini te su neodlučne oko razine brige koju društvo pruža starijima (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 5).

Tablica 5. Osjećaj integriranosti u društvu (2. dio) s obzirom na spol (N = 95)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Ženski	Muški	
Smatrate li da je danas bolja ili	Bolja	0 (0)	12 (39)	< 0,001
	Lošija	51 (80)	19 (61)	

Tablica 5. Osjećaj integriranosti u društvu (2. dio) s obzirom na spol (N = 95)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		p*
		Ženski	Muški	
lošija briga o starijima u odnosu na prošlost?	Ostala ista	13 (20)	0 (0)	
Osjećate li da vas društvo dovoljno poštuje kao stariju osobu?	Da, u potpunosti	0 (0)	17 (55)	< 0,001
	Djelomično	11 (17)	14 (45)	
	Ne	53 (83)	0 (0)	
Smatrate li da se u medijima dovoljno govori o potrebama starijih osoba?	Da	0 (0)	24 (77)	< 0,001
	Ne	64 (100)	7 (23)	
Jeste li ikada doživjeli diskriminaciju zbog svoje sobi?	Da	42 (65)	15 (49)	0,49
	Ne	22 (34)	16 (51)	
Što smatrate najvažnijim za očuvanje dostojanstva starijih osoba?	Poštovanje u komunikaciji	0 (0)	12 (39)	0,01
	Pristup zdravstvenim uslugama	0 (0)	8 (26)	
	Financijska sigurnost	47 (73)	11 (36)	
	Uključenost u donošenje odluka koje ih se tiču	17 (27)	0 (0)	
Koliko često osjećate da vam se mišljenje uvažava u obitelji i zajednici?	Uvijek	0 (0)	31 (100)	< 0,001
	Ponekad	51 (80)	0 (0)	
	Nikada	13 (20)	0 (0)	
Koliko vam je važna digitalna pismenost za osjećaj uključenosti u društvo?	Vrlo važna	15 (23)	15 (48)	0,17
	Djelomično važna	15 (23)	16 (52)	
	Nije važna	34 (54)	0 (0)	
Koje prepreke najviše utječu na vašu integraciju u društvo?	Fizičko zdravlje	21 (33)	11 (35)	0,12
	Nedostatak prijevoza	12 (19)	0 (0)	
	Nedostatak informacija	31 (48)	20 (65)	
Jeste li zadovoljni svojim financijskim stanjem u mirovini?	Da, u potpunosti	0 (0)	3 (10)	< 0,001
	Djelomično	0 (0)	18 (58)	
	Ne	64 (100)	0 (0)	
	U potpunosti nezadovoljan/na	0 (0)	5 (16)	< 0,001

Tablica 5. Osjećaj integriranosti u društvo (2. dio) s obzirom na spol (N = 95)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		p*
		Ženski	Muški	
Koliko ste zadovoljni razinom brige koju društvo pruža starijima?	Nezadovoljan/na	10 (16)	26 (84)	
	Niti zadovoljan/ne niti nezadovoljan/na	42 (66)	0 (0)	
	Zadovoljan/na	10 (16)	0 (0)	
	U potpunosti zadovoljan/na	2 (3)	0 (0)	
Ukupno		64 (100)	31 (100)	

* χ^2 test

Najveći problem integracije u društvo starije osobe navode financijsko ograničenje, čak 58% ispitanika, dok 22% ispitanika navodi osjećaj usamljenosti. 65% smatra da zajednica ne pruža dovoljno mogućnosti za uključivanje starijih osoba u društvo dok 74% ispitanika osjeća da u današnje vrijeme je briga za starije lošija nego u prošlosti. Ispitanice ženskog spola značajnije više sudjeluju u društvenim aktivnostima od ispitanika muškog spola koji kao razlog navode zdravstvene probleme. Ispitanice ženskog spola za razliku od muškaraca imaju osjećaj većeg nepoštovanja u društvu te manjeg uvažavanja njihovog mišljenja u obitelji od ispitanika muškog spola.

RASPRAVA

Istraživanje je provedeno na 95 ispitanika, od kojih su 64 (67 %) žene te 31 (33 %) muškarci. Što bi se moglo tumačiti izvješćem Eurostat koji kazuju da je životni vijek žena duži čak za 6 godina od životnog vijeka muškaraca (8). Najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini 60 – 69 godina, njih 47 (49%) što se podudara s činjenicom da u zadnja tri desetljeća trend prijevremenog umirovljenja je sve popularniji (4). Anketni podatci prikazuju u tablici 2 socijalnu integraciju te od 95 ispitanika, njih 20 često se osjećaju socijalnu izolaciju zbog financijska ograničenja. Financijsku sigurnost kao najvažniju za očuvanje dostojanstva starijih osoba navodi 58 (61 %) ispitanika, svojim financijskim stanjem u mirovini nisu zadovoljna 74 (78 %) ispitanika. Prilagodba na starenje i umirovljenje kao i u društvenu integraciju uvelike ovisi o financijskim mogućnostima (9). 21 ispitanik često se osjeća usamljeno, studije pokazuju da bračni status (udovaca/udovica 54%, samaca 15%) , samoprocjena zdravstvenog stanja, prihodi te razina društvene aktivnosti koju naši ispitanici smatraju manjkom, njih 61%, pružaju osjećaj usamljenosti koji nije izravno povezan s dobi (10). Kada je u pitanju integriranost u društvo 70 (74 %) ispitanika smatraju kako je danas lošija briga o starijima u odnosu na prošlost, 53 (56 %) ispitanika smatraju kako ih društvo ne poštuje dovoljno kao stariju osobu. U današnje vrijeme migracije i težnjom za boljim sutra, mladi ljudi se iseljavaju dok stariji ostaju u svojim domovima. Mladi ljudi grade živote i obitelji izvan svoje domovine i samim time zanemaruju brigu o roditeljima. Ovo istraživanje iznosi rezultate kojima navodi da žene značajnije više povremeno ili redovito sudjeluju u društvenim aktivnostima za razliku od muškaraca, dok se muškarci značajnije svakodnevno druže sa obitelji ili prijateljima za razliku od žena. Ove tvrdnje o sudjelovanju žena i muškaraca u društvenim aktivnostima mogu se potkrijepiti različitim studijama o rodnim razlikama u socijalnom ponašanju. Istraživanja pokazuju da žene često preuzimaju aktivniju ulogu u zajednici kroz volonterske aktivnosti i društvene organizacije, dok muškarci mogu biti skloniji održavanju bliskih odnosa unutar obitelji i kruga prijatelja (11). Značajno više žena se povremeno osjećaju socijalno isključenima, te im nedovoljno prilagođene aktivnosti značajnije otežavaju sudjelovanje u društvenim aktivnostima za razliku od muškaraca. Također, studije su pokazale da žene mogu

doživjeti veći osjećaj socijalne isključenosti, što može biti povezano s očekivanjima društva i normama koje se odnose na rod (12). Značajno više muškaraca bi voljeli bolji pristup društvenim aktivnostima, ali im značajno više zdravstveni problemi otežavaju sudjelovanje u društvenim aktivnostima za razliku od žena. Istraživanja pokazuju kako stariji muškarci često doživljavaju više zdravstvenih problema koji mogu otežati njihovo sudjelovanje u društvenim aktivnostima (13). Muškarci su skloniji zdravstvenim problemima fizičke prirode koji mogu utjecati na njihovu sposobnost sudjelovanja u aktivnostima za razliku od žena koje imaju bolju društvenu mrežu koja im pomaže u održavanju aktivnog društvenog života. Također više muškaraca smatra kako je poštovanje u komunikaciji najvažnije za očuvanje dostojanstva starijih osoba te kako se njihovo mišljenje uvijek uvažava u obitelji i zajednici za razliku od žena. Prema istraživanju koje je provela organizacija „Aging and Mental Health“ , muškarci često naglašavaju važnost poštovanja u komunikaciji kao ključnog elementa za očuvanje dostojanstva starijih osoba. Navedeno se može povezati s tradicionalnim rodnim ulogama u kojim se očekuje da su muškarci vođe i donosioci odluka unutar obitelji. Žene imaju veću stopu nezadovoljstva svojim financijskim stanjem u mirovini što može se potkrijepiti izvještajem Svjetke zdravstvene organizacije (WHO), žene često imaju niže mirovine i veće stope siromaštva u starijoj dobi, što dovodi do nezadovoljstva financijskim stanjem. Rezultati istraživanja pokazuju da žene imaju veću zabrinutost oko razine koju društvo pruža starijima. „Pew Research Center“ proveo je istraživanje koje pokazuje da žene često izražavaju zabrinutost oko razine brige koju društvo pruža starijim osobama, što može biti rezultat vlastitog iskustva i očekivanja.

Provedeno istraživanje potvrđuje problem prilagodbe na umirovljenje i probleme s kojima se susreću i kako se osjećaju starije osobe kod integracije u društvo. Rezultati prikazuju probleme financijske i društvene prirode što potvrđuju i razna istraživanja na navedenu temu.

ZAKLJUČAK

Jedan od najvažnijih trendova posljednjeg desetljeća je starenje svjetskog stanovništva. Prema trenutnim demografskim podacima, udio starijih osoba je u porastu te se prosječni životni vijek produžava. Navedene promjene donose brojne posljedice uključujući i produljenje radnog vijeka, povećanje obrazovanja među budućim starijim osobama, porast kroničnih bolesti kao i veće potrebe za uslugama skrbi. Obzirom na sve veći utjecaj starijih osoba u društvu, ključno je istražiti faktore koji doprinose kvalitetnom i produktivnom starenju. Kako bi se osiguralo smisleno i zadovoljavajuće starenje, potrebne su različite intervencije na području zdravstva, socijalne skrbi, mirovisnog sustava i gospodarstva. Osim pripreme na društvenoj razini ništa manje nije važna priprema pojedinca za starenje. Kao ključnu odrednicu uspješnog starenja vidimo sposobnost prilagodbe na promjene u različitim aspektima života. To uključuje prihvaćanje mogućnosti i ograničenja u tjelesnim, fiziološkim i kognitivnim funkcijama, kao i društvene uloge i odnose. Dodatni faktor sigurnosti je podrška bliskih osoba, aktivno sudjelovanje u zajednici, angažman u društvenim aktivnostima te pronalaženje smisla i svrhe u životu.

LITERATURA

1. Vitman A, Iecovich E, Alfasi N. Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. *The Gerontologist*. 2014 Apr 1;54(2):177-89.
2. Brajković L, Korać D, Vučenović D. Starenje i kvaliteta života umirovljenika. *Kroatologija*. 2023 Jul 1;14(1):197-218.
3. Despot Lučanin J, Lučanin D, Košćec Bjelajac A, Delale EA, Štambuk M. Life satisfaction determinants in older adults: Do different living arrangements count?. *U21. Dani psihologije u Zadru* 2020. (str. 51-68).
4. Ravanera ZR, Fernando R. Integration at late life: Inclusion, participation, and belonging among the elderly. *PSC Discussion Papers Series*. 2001;15(16):1.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The gerontologist*. 1997 Aug 1;37(4):433-40.
6. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010 Oct 1;40(2):218-27
7. Matić R. Odnos hrvatskoga društva prema starijim osobama. *Diacovensia: teološki prilozi*. 2018;26(4):635-55.
8. Eurostat, Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat>, Pristupljeno dana 22.03.2025.
9. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of psychology*. 2012 May 1;146(3):313-31.
10. Creecy RF, Berg WE, Wright R. Loneliness among the elderly: A causal approach. *Journal of Gerontology*. 1985 Jul 1;40(4):487-93.
11. Putnam RD. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and schuster; 2000.
12. Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985 Sep 1;98(2):310-57.
13. Mejia-Arango S, Gutierrez LM. Prevalencija i stope incidencije demencije i kognitivnog oštećenja bez demencije u meksičkoj populaciji: podaci iz Meksičke studije zdravlja i starenja. *Časopis o starenju i zdravlju*. Listopad 2011;23(7):1050-74.

UTICAJ LOKALNE ZAJEDNICE NA BRIGU O STARIJIM LICIMA

Sažetak

S obzirom na značajan rast starijih lica u ukupnoj populaciji postavlja se pitanje koji je uticaj i uloga lokalne zajednice na brigu o starim licima. Na sve veći udio starijih lica u ukupnoj populaciji na globalnom nivou ukazale su Svjetska zdravstvena organizacija i UN. Prema statističkim podacima broj starijih od 65 godina u Tuzlanskom kantonu i Tuzli povećava se konstantno. Cilj međunarodne zajednice je ukazati na sve veći broj starije populacije od 65 godina i više koja će do 2030. godine premašiti broj mlade populacije dobi od 15 do 24 godine. Model regresije je korišten za kvantitativnu analizu posmatranih varijabli. Sa ciljem stvaranja prijateljskog ambijenta za sve generacije, Tuzla je prvi grad u Bosni i Hercegovini koji je započeo projekat kućne njege starim i iznemoglim licima i razvio lokalnu strategiju za lica treće životne dobi. Veći uticaj lokalne zajednice na brigu o starijim licima znači i veći osjećaj dostojanstva starijih lica i njihove integrisanosti u društvu.

Ključne riječi: lokalna zajednica, briga za starija lica, prosjek populacije, model regresije

THE IMPACT OF COMMUNITY SERVICES ON ELDERLY CARE

Abstract

Given the significant increase in the number of elderly people in the total population, the question arises of the impact and role of the local community in the care of the elderly. The World Health Organization and the UN have pointed out the increasing share of elderly people in the total population at the global level. According to statistical data, the number of people over 65 in the Tuzla Canton and Tuzla is constantly increasing. The goal of the international community is to point to the increasing number of the elderly population aged 65 and over, which will exceed the number of young people aged 15 to 24 by 2030. Regression model is used for quantitative analysis described variables. With the aim of creating a friendly environment for all generations, Tuzla is the first city in Bosnia and Herzegovina to launch a home care project for the elderly and to develop a local strategy for the elderly. A greater impact of the local community in the care of the elderly also means a greater sense of dignity for the elderly and their integration into society.

Keywords: local community, elderly care, population average, regression model

Uvod

Starenje stanovništva glavni je globalni trend koji preoblikuje demografski sastav društava širom svijeta. Ova značajna promjena u dobnoj strukturi stanovništva rezultat je 2 (dva) faktora, i to smanjenja stope plodnosti i povećanja očekivanog životnog vijeka. Osnivanje centara za zdravo starenje je jedan od konkretnih aktivnosti koje lokalna zajednica uspostavlja u cilju realizacije kvalitetnog života lica starije životne dobi. Samo osnivanje navedenih centara neće polučiti rezultate bez aktivnog učešća lica kojima je isto i namijenjeno. Grad Tuzla zahvaljujući podršci Švicarskog crvenog krsta, u sinergiji sa Crvenim krstom Tuzle, Crvenim krstom Tuzlanskog kantona, Centrom za socijalni rad, Domom penzionera, Domom zdravlja Tuzla organizuje kućnu njegu starim i iznemoglim licima. Uticaj lokalne zajednice u ostvarivanju veće kvalitete života starijih lica je nemjerljivo značajan u sadašnjem vremenu. Udio starih lica u ukupnoj svjetskoj populaciji ubrzano raste u proteklom decenijama. Međunarodni dan starijih lica proglasila je Generalna skupština Ujedinjenih naroda 14. decembra 1990. godine, a obilježava se 1. oktobra.

1. Statistički podaci o broju starijih lica u svijetu

Prema UN-u, prosječni životni vijek se povećao sa 46 na 68 godina u periodu od 1950. do 2010. godine. Svjetska populacija je iznosila oko 6 milijardi u 1999. godini, a očekuje se da će do 2030. godine u svijetu živjeti oko 8,5 milijardi ljudi, a do 2050. godine 9,7 milijardi ljudi. Širom svijeta registrovan je 771 milion ljudi od 65 i više godina. Očekuje se da će taj broj do 2030. godine iznositi 994 miliona, a da će se do 2050. godine povećati na 1,6 milijardi. Dok je omjer starijeg stanovništva u svjetskoj populaciji oko 10 % do 2022. godine, očekuje se da će se taj omjer povećati na 12 % u 2030. godini i 16 % u 2050. godini. Dalje, procjenjuje se da će starija populacija do 2050. godine biti jednaka broju djece mlađe od 12 godina u svijetu. Kontinenti s najvećom starijom populacijom su Evropa i Sjeverna Amerika. Na ova dva kontinenta udio starijih lica u ukupnoj populaciji je oko 19 %, a slijede Novi Zeland i Australija sa 16,6 %. Očekuje se da će do 2050. godine udio starijih lica u Evropi i Sjevernoj Americi porasti na 26,9 %. Takođe, očekuje se da će svaka četvrta lica imati 65 godina ili više.¹

Danas očekivani životni vijek pri rođenju za polovicu prelazi 75 godina svjetskih zemalja, 25 godina duže od onih rođenih 1950. godine. Pojedinci koji imaju 65 godina, očekuje se da će u prosjeku živjeti dodatnih 16,8 godina. U 2018. godini dogodila se historijska prekretnica kada je dostignut broj starijih lica koji je prvi put premašio broj djece mlađe od pet godina na globalnom nivou.²

1 <https://www.aa.com.tr/ba/svijet/u-svijetu-do-2050-godine-1-6-milijardi-ljudi-starijih-od-65-godina-/2698982>

2 DESA (2022), World Population Prospects 2022

2. Statistički podaci populacije u Tuzlanskom kantonu

U narednoj tabeli prikazan je broj svih stanovnika u Tuzlanskom kantonu po starosnoj strukturi za petogodišnji period od 2019. godine do 2023. godine (stanje na dan 30.06.) prema posljednjim objavljenim podacima Federalnog zavoda za statistiku. Podaci za ukupan broj stanovnika su prikazani po starosnoj skupini u 3 (tri) grupe, i to: 0-14 godina, 15-64 godina i 65 i više godina. Za svaku navedenu starosnu skupinu prikazan je udio muškaraca i žena. Za posljednji posmatrani period (stanje na dan 30.06.2023. godine) prikazana je i struktura ukupnog broja stanovnika Tuzlanskog kantona od 430.571 stanovnika po gradovima i mjestima.

Tabela 1: Procjena ukupnog broja stanovnika po starosnoj strukturi u Tuzlanskom kantonu ³

³ Tuzlanski kanton u brojkama, Sarajevo, 2024 <https://fzs.ba/wp-content/uploads/2024/06/tuzlanski-kanton.pdf>

Općina	Ukupno	0-14	15-64	65 i više
Stanje 30.06.2019. godine				
Kanton – ukupno	438.811	63.461	307.156	68.194
Muškarci	214.267	32.528	152.497	29.242
Žene	224.544	30.933	154.659	38.952
Stanje 30.06.2020. godine				
Kanton – ukupno	437.607	62.348	304.059	71.200
Muškarci	213.722	31.984	151.089	30.649
Žene	223.885	30.364	152.970	40.551
Stanje 30.06.2021. godine				
Kanton – ukupno	434.424	61.158	300.921	72.345
Muškarci	212.131	31.380	149.636	31.115
Žene	222.293	29.778	151.285	41.230
Stanje 30.06.2022. godine				
Kanton – ukupno	431.938	59.883	298.134	73.921
Muškarci	210.848	30.642	148.288	31.918
Žene	221.090	29.241	149.846	42.003
Stanje 30.06.2023. godine				
Kanton – ukupno	430.571	58.271	295.325	76.975
Muškarci	210.259	29.867	147.039	33.353
Žene	220.312	28.404	148.286	43.622
Banovići	21.968	3.163	15.505	3.300
Čelić	9.621	1.048	6.758	1.815
Doboj-Istok	9.656	1.449	6.715	1.492
Grad Gračanica	44.327	6.492	29.974	7.861
Grad Gradačac	38.345	5.536	26.224	6.585
Grad Tuzla	107.783	13.879	70.476	23.428
Kalesija	32.202	4.366	23.209	4.627
Kladanj	11.181	1.305	7.930	1.946
Grad Lukavac	41.833	5.106	28.349	8.378
Sapna	10.280	1.144	7.733	1.403
Grad Srebrenik	38.896	5.579	26.723	6.594
Teočak	6.872	722	4.963	1.187
Grad Živinice	57.607	8.482	40.766	8.359

Na osnovu objavljenih podataka u statističkom biltenu od strane Federalnog zavoda za statistiku uočili smo da se ukupan broj stanovnika u Tuzlanskom kantonu smanjuje svake

godine u periodu od 30.06.2019. godine do 30.06.2023. godine. Za posmatrani petogodišnji period broj stanovnika je smanjen za 8.240. Ukupan broj stanovnika starosne strukture 65 i više je povećan za 8.781 na dan 30.06.2023. godine u odnosu na 30.06.2019. godine.

Poređenjem podataka na dan 30.06.2020. godine u odnosu na dan 30.06.2019. godine u Tuzlanskom kantonu, broj stanovnika je smanjen za 1.204, dok je broj stanovnika starosne strukture 65 godina i više povećan za 3.006. Ukupan broj stanovnika je smanjen za 3.183, dok je broj stanovnika starosne strukture 65 godina i više povećan za 1.145 na dan 30.06.2021. godine u odnosu na 30.06.2020. godine. Na dan 30.06.2022. godine u odnosu na dan 30.06.2021. godine ukupan broj stanovnika je smanjen za 2.486, dok je broj stanovnika starosne strukture 65 godina i više povećan za 1.576. Ukupan broj stanovnika je smanjen za 1.367, dok je broj stanovnika starosne strukture 65 godina i više povećan za 3.054 na dan 30.06.2023. godine u odnosu na dan 30.06.2022. godine.

3. Uticaj Grada Tuzle na brigu o starijim licima

Crveni krst Grada Tuzle je 2013. godine uz finansijsku pomoć i asistenciju Švicarskog Crvenog krsta u Bosni i Hercegovini pokrenuo Projekat „Njega i pomoć u kući“. Generalni cilj projekta je doprinijeti zdravlju i blagostanju socijalno osjetljivih osoba i osoba sa onesposobljenjem na području Grada Tuzle, olakšavajući svakodnevni život u toplini njihovih domova. Početkom 2013. godine potpisan je Memorandum o saradnji sa Švicarskim Crvenim krstom, nakon čega se na osnovu podataka Centra za socijalni rad, JZNU Dom zdravlja „Dr. Mustafa Šehović“ Tuzla i podataka koji su prikupili aktivisti u mjesnim organizacijama Crvenog krsta krenulo sa realizacijom Projekta. Iz Budžeta Grada Tuzle se od 2017. godine izdvajaju značajna sredstva za podršku razvoja sada već programa njege i pomoći u kući. Pored Grada Tuzle program sufinansiraju i pomažući članovi Crvenog krsta. Na prijedlog Radne grupe za sistemsko uređenje njege i pomoći u kući u Gradu Tuzla, donesen je Pravilnik o utvrđivanju kriterija, mjerila i postupaka za članove Crvenog krsta kojima se pruža pomoć i njega u kući 2016. godine.⁴

Njega i pomoć u kući se pruža:

- Usamljenim starijim osobama i starijim parovima kojima je potrebna zdravstvena, socijalna, individualna pomoć i pomoć u domaćinstvu,
- Osobama sa onesposobljenjem koje imaju potrebu za zdravstvenom, socijalnom, individualnom pomoći i pomoći u domaćinstvu, a o kojima nema ko da brine,
- Osobama koje su društveno izolirane ili boluju od hroničnih bolesti koje ograničavaju njihovu pokretljivost.

Njegu i pomoć u kući pružaju:

- Odgovorna medicinska sestra,
- Ljekar,
- Obučene njegovateljice/njegovatelji,
- Edukovani volonteri

Vrste njege i pomoći u kući:

- Medicinska njega,
- Individualna njega (osnovna njega),

⁴ <https://crvenikriztuzla.ba/program-njege-i-pomoci-u-kuci/>

- Pomoć u kući,
- Društvena pomoć

Radna grupa za sistemsko uređenje usluga njege i pomoći u kući u Gradu Tuzla je analizom došla do rezultata da je broj starijih i iznemoglih lica svake godine sve veći, što zahtijeva i povećanje iznosa za ovu namjenu u Budžetu Grada. Cilj projekta "Usluga njege i pomoći u kući starim i iznemoglim licima" je da se, na području grada Tuzle, ojača sistem njege i pomoći u kući licima treće životne dobi, ali i svim ostalim ljudima kojima je za ostanak u vlastitom domu potrebna njega i pomoć od strane drugog lica. Cilj projekta je višestruko povećanje izdvajanja iz Budžeta Grada, kako bi usluge bile pružene maksimalnom broju korisnika iz svih 40 mjesnih zajednica.

Pregledom strukture budžeta Grada Tuzle za posmatrani period došli smo do podatka o visini iznosa za projekat tuđe njege i pomoći. Grant Crvenom krstu za projekat tuđe njege i pomoći u kući, ekonomski kod 614311-60, ukupni rashodi budžeta za 2024. godinu iznose 241.000,00 KM, za 2023. godinu 220.000,00 KM, za 2022. godinu iznose 200.000,00 KM, za 2021. godinu iznose 200.000,00 KM, za 2020. godinu iznose 85.000,00 KM, za 2019. godinu iznose 32.500,00 KM.⁵

4. Kvantitativna analiza – model regresije

Model regresije je korišten kako bi se razumio odnos između dvije varijable: Budžet Grada Tuzle – iznos projekta za pomoć starijim licima kao zavisna varijabla i broj starijih lica na području Grada Tuzle kao nezavisna varijabla. Za analizu su korišteni statistički podaci za period od 5 (pet) godina u periodu od 2019. do 2024. godine na osnovu publikacija Federalnog zavoda za statistiku u „Tuzlanski kanton u brojkama“. U narednoj tabeli prikazan je iznos u Budžetu Grada Tuzle za projekat "Usluga njege i pomoći u kući starim i iznemoglim licima" i broj starijih lica u Gradu Tuzla za period 2019.-2024. godine.

Do okončanja pisanja ovog rada nisu bili objavljeni statistički podaci starosne skupine za 2024. godinu, te iz tog razloga navedeni podatak nedostaje u prikazanoj tabeli.

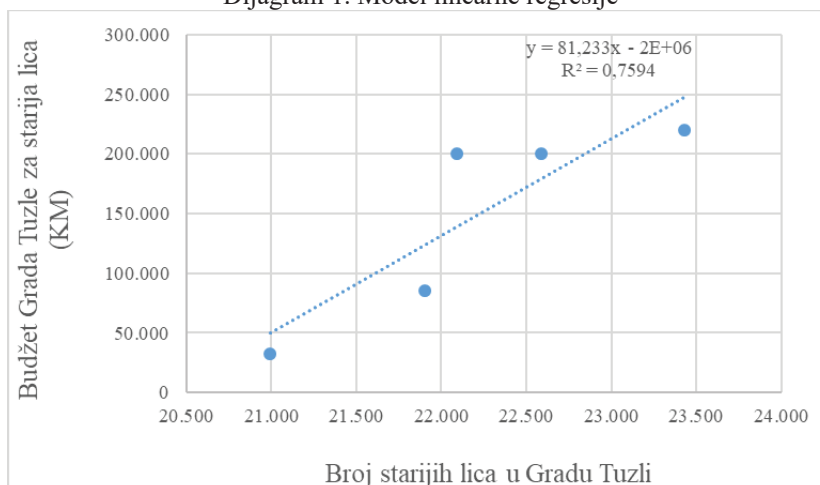
Tabela 2. Budžet Grada Tuzle za starija lica i broj starijih lica u Tuzli

Godina	Iznos budžeta Grada Tuzle za starija lica (KM)	Broj starijih lica u Gradu Tuzla
1	2	3
2019	32.500	20.994
2020	85.000	21.904
2021	200.000	22.092
2022	200.000	22.586
2023	220.000	23.428
2024	241.000	

5 <https://grad.tuzla.ba/category/gradtuzla/budzet-za-gradane/>

Model linearne regresije prikazuje odnos između broja starijih lica u Gradu Tuzla i iznos Budžeta Grada Tuzla za projekat pomoći starijim licima.

Dijagram 1. Model linearne regresije



Koeficijent korelacije r^2 iznosi 0,7594. Navedeni koeficijent govori o stepenu reprezentativnosti modela. Model je reprezentativniji što je koeficijent korelacije bliži jedinici. Koeficijent korelacije pokazuje u kojoj su mjeri promjene vrijednosti jedne varijable povezane sa promjenama vrijednosti druge varijable.

Koeficijent korelacije pokazuje da postoji čvrsta veza između dvije varijable u našem modelu, jer koeficijent iznosi 0,7594. Zaključujemo da je 75,94 % veze između broja stanovnika starije populacije i iznosa Budžeta Grada Tuzle za pružanje usluga pomoći starijim licima objašnjeno linearnim regresijskim modelom.

$$y = bx + a^6$$

$$y = 81,233x - 2E+06$$

Na osnovu dobijene formule možemo interpretirati rezultate kako slijedi:

- Kad bi x bio 0, možemo očekivati da y bude $-2E+06$, odnosno izdvajanje sredstava u Budžetu za pružanje usluga pomoći starijim licima je uslovljeno postojanjem kategorije starijih lica, u suprotnom ne bi ni bilo planiranih sredstava u budžetu,
- Kad bi se broj starijih lica povećao za 1, možemo očekivati povećanje godišnjeg Budžeta za projekat pružanja pomoći starijim licima za 81,233 KM.

5. Strategija za lica treće životne dobi Grada Tuzle

Tuzla je prvi grad u Bosni i Hercegovini koji je razvio lokalnu strategiju za lica treće životne dobi sa vizijom da do 2026. godine Tuzla bude prepoznata kao prvi bosanskohercegovački grad s prijateljskim ambijentom za dostojanstveno starenje i mogućnošću cjeloživotnog

napretka i društvenog učešća za sve generacije.⁷ U septembru 2020. godine objavljen je dokument Strategija za lica treće životne dobi Grada Tuzle 2020.-2026. s Akcionim planom za period 2020.-2023. godine kao rezultat zajedničkog rada Gradske uprave Tuzla, javnih ustanova, Crvenog križa/krsta Grada i drugih organizacija koje pružaju doprinos starijim licima uz podršku Švicarskog krsta u Bosni i Hercegovini. Navedena strategija je rezultat inicijative Mreže aktivnog starenja, grupe od ukupno 17 mjesnih zajednica u Tuzli, a razvijena je u skladu sa 10 (deset) prioriteta Dekade za zdravo starenje 2020-2030 Svjetske zdravstvene organizacije. U dokumentu su opisani sljedeći ciljevi:

1. Jačanje Mreže aktivnog starenja formiranjem novih grupa u mjesnim zajednicama u kojima još nisu uspostavljene,
2. Proširivanje kapaciteta unutar postojećih grupa Mreže aktivnog starenja kroz nove programe obuke i sticanja znanja i vještina,
3. Promocija aktivnosti Mreže aktivnog starenja u Tuzli kroz komunikaciju sa medijima,
4. Finansiranje projekata neprofitnih organizacija koje se odnose na građane treće životne dobi sa aktivnim učešćem starijih lica u njihovoj implementaciji,
5. Inkluzija starijih u društvene tokove na nivou lokalne zajednice kroz programe volontiranja,
6. Kontinuirana kampanja za razvijanje svijesti o dostojanstvenom starenju kroz programe cjeloživotnog učenja sa fokusom na IT vještine i promocije putem društvenih mreža,
7. Olakšati pristup starijih lica ostvarivanju prava i mogućnosti kroz gradske usluge usklađivanjem pravilnika Grada Tuzle na način da se prioritet daje ne samo penzionerima nego i svim ostalim licima starijim od 65 godina,
8. Sistematizirati radna mjesta u pravilniku o unutrašnjoj organizaciji sa ciljem formiranja radnog mjesta koji bi se striktno bavio temama inkluzije starijih lica i unapređenjem njihovog statusa,
9. U Centru za pružanje usluga građanima Grada Tuzla otvoriti šalter ili info pult za starija lica radi lakšeg i bržeg pristupa informacijama,
10. Razviti plan usluga lokalne zajednice građanima u udaljenim mjesnim zajednicama zajedno sa javnim komunalnim preduzećima kojima je Grad osnivač (plan direktnog kontakta na terenu: plaćanje režijskih troškova bez provizije, mogućnost direktnog podnošenja prijedloga i pritužbi na usluge komunalnih preduzeća),
11. Uvesti Internet konekciju u prostorije mjesnih zajednica u kojima rade grupe aktivnog starenja,
12. Procijeniti moguće zahtjeve za izmjene i dopune propisa u nadležnosti Grada Tuzle, s ciljem osiguravanja uslova za provođenje aktivnosti kojima bi se demonstrirala opredjeljenost Tuzle ka programima kreiranja boljeg, prijateljskog ambijenta za starija lica,
13. Izrada dokumentacije, aplikacije i praćenje procesa pristupanja svjetskoj mreži zajednica sa prijateljskim programima za starije lica (Svjetska zdravstvena organizacija),
14. Izrada plana monitoringa provođenja strateških mjera i aktivnosti,
15. Izrada akcionih planova u okviru realizacije Strategije za lica treće životne dobi, koordinacija sa Gradskim vijećem i uključivanje predstavnika i predstavnika starijih lica u proces verifikacije relevantnosti planiranih strateških mjera,
16. Mapirati potencijalne donatore i eksterne izvore sredstava za provođenje aktivnosti identificiranih Strategijom,

7 Strategija za osobe treće životne dobi Grada Tuzle 2020.-2026., septembar 2020.

17. Razviti ključne projektne komponente po svakom od postavljenih strateških ciljeva, u saradnji s organizacijama civilnog društva,
18. Na višegodišnjem nivou predvidjeti budžetska sredstva za eventualnu traženu participaciju za učešće na donatorskim projektima,
19. Razviti održiv program pomoći i njege u kući za starija lica u stanju potrebe i procijeniti potencijalni broj korisnika i korisnika za period od naredne dvije godine,
20. Proširiti postojeći kapacitet Doma penzionera za smještaj starijih lica, sanirati i adaptirati postojeći objekat,
21. Pilotirati i promovisati koncept smještaja starijih lica u stanju potrebe u hraniteljske-udomiteljske porodice,
22. Podržati aktivnosti obilaska i socijalne integracije slabije pokretnih starijih lica koje provode aktivistice i aktivisti okupljeni oko Mreže aktivnog starenja,
23. Formalizacija partnerskog odnosa između uključenih subjekata zaštite kroz izradu protokola i smjernica o saradnji u pružanju usluga licima treće životne dobi (Centar za socijalni rad, Dom zdravlja Tuzla i Dom penzionera),
24. Obuka i usavršavanje osoblja učestvujućih institucija za pružanje senzibilizirane usluge starijim licima,
25. Kontinuirano informisanje lica treće životne dobi o dostupnim uslugama socijalne zaštite i drugim pravima i povlasticama koje mogu ostvariti na nivou lokalne zajednice kroz izradu vodiča o dostupnim uslugama,
26. Osmisliti program gostovanja na lokalnim TV i radio stanicama kroz dijaloške emisije na temu dostupnih usluga za starije lica,
27. Provođenje programa senzibilizacije građanki i građana, porodica i pružaoca najčešćih servisa starijim licima, o problemima lica sa demencijom i preporučenim načinima komunikacije,
28. Uspostavljanje centra za demenciju,
29. Senzibilizirati medicinsko osoblje za rad sa starijim pacijentima i unapređenje kvalitete usluge i odnosa,
30. Omogućiti sistem palijativne njege za pacijente pri Domu zdravlja Tuzla,
31. Olakšati putovanje i povezivanje starijim licima u saobraćaju i kretanju postavljanjem klupa za odmor i sjedenje na autobusnim stajalištima i povećanjem broja klupa u pješačkim zonama,
32. Osigurati duži period za prelazak preko pješačkog prelaza na kritičnim lokacijama koje su identifikovale starije lica tokom rada s fokus grupama,
33. Postaviti putokaze, svjetlosne i reljefne upozoravajuće znake za starije učesnike u saobraćaju i slabovidne lica,
34. Omogućiti korištenje sprava za vježbanje na otvorenom u gradskim parkovima i unutar rekreativnih zona između stambenih blokova,
35. Otvoriti dijalog s privatnim transportnim preduzećima za senzibilizaciju u pružanju usluga transporta starijim licima, te uvođenje popusta na punu cijenu transporta za lica starije od 65 godina,
36. Unaprijediti sigurnost i zaštitu starijih od fizičkog, psihičkog i finansijskog nasilja i marginalizacije kroz informisanje starijih lica o njihovim pravima i dostupnim oblicima zaštite,
37. Raditi na senzibilizaciji stanovništva o pravima i dostojanstvu starijih lica kroz programe u školama namijenjeni razvijanju osjećaja međugeneracijske solidarnosti i namjenske programe za starije građanke i građane za upoznavanje sa svojim pravima i pristupu uslugama,
38. Inicirati i održavati redovne sastanke sa predstavnicima privatnog sektora na temu profiliranja usluga koje pružaju, usklađenih sa potrebama starijih lica,

39. Zajednički programi senzibilizacije privatnog sektora sa fokusom na banke u poslovanju sa starijim licima,
40. Redovna razmjena informacija sa MUP-om i Centrom za socijalni rad o pojavnim oblicima nasilja nad starijim,
41. Snažna medijska kampanja protiv nasilja nad starijim licima,
42. Podrška organizacijama civilnog društva u segmentu projekata namijenjenih prevenciji i borbi nasilja nad starijim licima,
43. Osigurati sredstva za smještaj starijih lica, žrtava porodičnog nasilja, u sigurne kuće i/ili adekvatan hraniteljski smještaj.

Zaključak

Od izuzetne je važnosti da lokalna zajednica prepozna potrebe svojih starijih članova i da razvija programe i usluge koji će im pomoći da ostanu zdravi, sretni i neovisni. Veliki udio starijih lica u ukupnoj populaciji Bosne i Hercegovine dijelom je rezultat migracije stanovnika koja je počela ranih 90-tih godina, a nastavila se intenzivno i do današnjeg dana.

Tuzla je prvi grad u Bosni i Hercegovini koji je započeo projekat kućne njege starim i iznemoglim licima u svih 40 mjesnih zajednica. Tuzla je prvi grad u Bosni i Hercegovini koji je razvio lokalnu strategiju za lica treće životne dobi sa vizijom da do 2026. godine Tuzla bude prepoznata kao prvi bosanskohercegovački grad s prijateljskim ambijentom za dostojanstveno starenje i mogućnošću cjeloživotnog napretka i društvenog učešća za sve generacije.

Savjetovanje, emocionalna podrška, pružanje mogućnosti za druženje, sudjelovanje u aktivnostima, kreativno izražavanje, infrastruktura prilagođena starijim licima kroz pristup javnim prostorima, prevozu i zdravstvenim ustanovama samo su neki od načina kojima se može pomoći starijim licima. Navedenim aktivnostima lokalna zajednica potiče međugeneracijsku solidarnost i uključivanje starijih lica u društveni život, čime se smanjuje njihova izolacija i usamljenost. Lokalna zajednica pružanjem različitih usluga i programa pomaže starijim licima da ostanu zdravi, aktivni i uključeni u društvo.

"And it is only when one is able to feel that one is of use to someone that one can have a true awareness of one's worth." (I tek kada čovjek može osjetiti da je nekome od koristi, može imati pravu svijest o vlastitoj vrijednosti.)⁸

8 The Courage To Be Disliked, Ichiro Kishimi and Fumitake Koga, page 190

Literatura:

DESA (2022), World Population Prospects 2022

Milan Papić, Primijenjena statistika u MS Excelu 2. izdanje

Strategija za osobe treće životne dobi Grada Tuzle 2020.-2026., septembar 2020.

The Courage To Be Disliked, Ichiro Kishimi and Fumitake Koga, page 190

<https://crvenikriztuzla.ba/program-njege-i-pomoci-u-kuci>

<https://fzs.ba/wp-content/uploads/2024/06/tuzlanski-kanton.pdf>

<https://fzs.ba/wp-content/uploads/2023/07/Tuzlanski-kanton-u-brojkama.pdf>

<https://fzs.ba/wp-content/uploads/2022/06/3.pdf>

<https://fzs.ba/wp-content/uploads/2021/07/tuzlanski-kanton.pdf>

https://fzs.ba/wp-content/uploads/2020/06/TK_2020.pdf

<https://grad.tuzla.ba/category/gradtuzla/budzet-za-gradane>

<https://www.aa.com.tr/ba>

STIGMATIZACIJA OSOBA KOJE BOLUJU OD DEMENCIJE

Sažetak

Stigmatizacije dementnih osoba može voditi do socijalne isključenosti i osamljenosti osoba koje već imaju kognitivne poteškoće. Stigma je problem i cijele obitelji jer i obitelj iz straha i srama skriva što se događa voljenoj osobi i često ne vjeruju da bi itko to mogao razumjeti. Zato se nerijetko unutar obitelji sakrivaju informacije o promjenama koje za člana obitelji znače rano prepoznavanje demencije. Tako se značajno kasni u intervenciji i povećava mogućnost brže progresije i težih simptoma u kasnijoj fazi bolesti. Briga za starije i oboljele od demencije treba uključivati aktivno nastojanje da se promijeni negativna slika o starijim osobama i starenju koje trenutno postoji u društvu. Svi trebamo shvatiti da se događa nagli porast starijeg stanovništva i da je životni vijek produžen. Jedan od najboljih načina destigmatizacije demencije je razumijevanje ovog stanja kao stečenog dizabiliteta a ne kao psihičke bolesti. Na taj način osoba s demencijom se sagledava kao osoba koja u početku treba samo malu podršku, a kasnije kako demencija napreduje sve više tuđe podrške, s naglaskom da uvijek treba podupirati sve ono što osoba još može, pomažući tamo gdje više ne može ili nije dovoljno sigurna. Procesi destigmatizacije izuzetno su značajni za tijek bolesti i za što duži period obiteljske, društvene i socijalne uključivosti oboljelih.

Ključne riječi: demencija, stigmatizacija

STIGMATIZATION OF PEOPLE WITH DEMENTIA

Abstract

Stigma of people with dementia can lead to social exclusion and loneliness for people who already have cognitive difficulties. Stigma is also a problem for the whole family, because families hide what is happening to their loved ones out of fear and shame, and they often do not believe that anyone would understand. This is why information about changes that could mean early recognition of dementia for a family member is often hidden within the family. This significantly delays intervention and increases the possibility of faster progression and more severe symptoms in the later stages of the disease. Caring for the elderly and those with dementia should include an active effort to change the negative image of older people and aging that currently exists in society. We all need to understand that there is a sharp increase in the elderly population and that life expectancy is increasing. One of the best ways to destigmatization dementia is to understand this condition as an acquired disability and not as a mental illness. In this way, a person with dementia is seen as someone who initially needs only a little support, and later, as dementia progresses, more and more support from others, with the emphasis on always supporting everything that the person can still do, helping where they are no longer able to help or are not safe enough. Destigmatization processes are extremely important for the course of the disease and for the longest possible period of family, social and community inclusion of those affected.

Keywords: dementia, stigmatization

¹European University Brčko District
European University „Kallos“ Tuzla
Faculty of Medicine, Osijek

Uvod

Riječ stigma grčkog je porijekla i znači „naglasiti, označiti, istaknuti“. Odnosi se na žig koji je dodijeljen osobi u negativnom smislu, a metaforički predstavlja oznaku srama. Stigma je zapravo uzrokovana kombinacijom straha i neznanja, a podlogu nalazi u predrasudama. Zbog stigmatizacije i diskriminacije, osobe sa psihičkim poteškoćama često bivaju izolirane od društva, te usamljene. Sociolozi govore o takozvanoj socijalnoj stigmati, koja se odnosi na neke od glavnih razloga zašto osobe oboljele od duševnih bolesti ne traže pomoć (stručnu pomoć – psihijatrijsku, psihološku). Osobe koje pate od bolesti iz spektra mentalnog zdravlja, navode nekoliko razloga zašto ne traže pomoć. Doživljaj diskriminacije, prezir, nerazumijevanje, ogovaranje, dodjela epiteta agresivan i opasan, omalovažavanje. To su najčešći problemi sa kojima se psihički oboljela osoba susreće, ukoliko potraži pomoć. Činjenica je da više ljudi pati od posljedica stigme, čak i više nego od posljedica psihičkih bolesti. Isto tako, socijalna stigma poprima različite oblike, od izbjegavanja do izrugivanja. Podrška i razumijevanje, za psihičke bolesnike, često nestaje kada postaje očito da se osoba neće oporaviti. Tako su kronični duševni bolesnici izloženi upravo najvećoj stigmati. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba definira se kao negativno obilježavanje, marginalizacija i izbjegavanje osoba baš zato što imaju psihičku bolest. Duševno oboljeti znači i doživjeti društvenu negaciju vrijednosti. Stigma duševne bolesti ujedno znači i strah od duševnog bolesnika. Čovjek najčešće nije uopće svjestan tog straha, on postaje očit tek kada osoba sretne duševnog bolesnika, kada u mislima ili realnosti, osoba sama sebi predoči sve ono što joj se može dogoditi. (1)

Rasprava

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), trenutno više od 55 milijuna ljudi diljem svijeta živi s demencijom, a svake godine ima gotovo 10 milijuna novih slučajeva. Trenutačno je demencija sedmi vodeći uzrok smrti među svim bolestima i jedan od glavnih uzroka invaliditeta među starijim ljudima u svijetu. Unatoč ovim brojkama kao i civilizacijskom napretku kojem svjedočimo u proteklm desetljećima, u društvu se o demenciji govori razmjerno malo, u zapadnim kulturama sve više je prisutno staromrštvost (eng. ageism), dok se često prirodni proces starenja izjednačuje s dementsnim procesom. Iz neznanja se stvaraju stereotipi i predrasude koje onda precipitiraju diskriminaciju pa se osobe oboljele od demencije zanemaruju, odbacuju, isključuju iz sudjelovanja u različitim područjima društvenog života, a sve to utječe ne samo na njih, nego i na njihove njegovatelje kao članove obitelji i prijatelje stigma smanjuje samopoštovanje, izaziva sram, strah i tjeskobu te pogoršava kvalitetu života stigmatiziranih osoba). Uz stigmatizaciju bolesnika i njihove uže okoline, stigmatizirani su i profesionalci koji se njima bave (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, njegovatelji u domovima za starije i nemoćne osobe), kako od strane zajednice, tako i od struke. Kontinuirana edukacija javnosti o demenciji može pomoći da se društvo u cjelini senzibilizira te na taj način smanji razmjere stigme i poboljša kvalitetu života osoba s demencijom kao i onih koji o njima skrbe.(2)

Demencija je bolest kroničnog i progresivnog tijeka, sa gotovo nemogućim ishodom izliječenja. Broj oboljelih rapidno raste, pogotovo u zemljama koje bilježe stalan trend starenja stanovništva. U ranoj fazi bolest započinje sa poteškoćama pamćenja, što se vrlo često pripisuje tzv: „staračkoj zaboravljivosti“ i doživljava se kao normalan dio procesa starenja. Na taj način se znatno kasni sa mogućim intervencijskim mjerama koje bi mogle odgoditi značajnije simptome i utjecati na kvalitetu života dementsnih osoba. S vremenom rani simptomi demencije postaju sve teži i izraženiji. Ponašanje i kognitivne funkcije oboljelih progresivno se mijenjaju i predstavljaju sve veći teret bolesniku, ali i obitelji i okolini. Takvo ponašanje se doživljava

kao nepoželjno i dovodi do izolacije bolesnika. Isključuju se iz obiteljskih, socijalnih i društvenih događanja. Ubrzo se pojedinac kao osoba gleda gleda isključivo kroz prizmu bolesti. Zanemaruju se sve vrijednosti koje je imao, ali se potiskuju i preostale sposobnosti i mogućnosti. Osoba se počinje doživljavati kao različita, i to u negativnom smislu.(3)

Stigmatizirani pojedinci percipiraju se kao manje vrijedna i nepotpuna bića te postoji shvaćanje da ih kao takve treba izbjegavati.) govori o »zaraznosti«, u smislu da osobe koje su u bilo kakvoj interakciji sa stigmatiziranom osobom, također podliježu riziku stigmatizacije. Ovo se može povezati s neformalnim njegovateljima osoba koje boluju od demencije. Razina stigmatizacije kojoj bivaju izloženi zbog pružanja skrbi oboljelima na visokoj je razini te predstavlja rizik za razvoj različitih bolesti, preopterećenosti te nemogućnosti svakodnevnog funkcioniranja (Chang i Horrocks, 2006.). Gledajući emocionalnog aspekta, iskazuju kako su često osjećali srami nelagodu u društvu što je dovelo do promjena na bihevioralnom planu, odnosno povlačenja iz socijalnih interakcija rizičnima za pojavu takvog neugodnog stanja. Upravo zbog straha od stigme javlja se izolacija njegovatelja i oboljele osobe od šireg društva, izostaju adekvatni oblici podrške te se njegovatelji samostalno moraju nositi s kompleksnim zahtjevima skrbi.(4)

Na stigmatu i stereotipe može se gledati na dva načina. Stereotipi koji se razvijaju kroz interakciju i direktan kontakt sa članovima određene grupe poput osoba s demencijom nazivaju se kognitivno utemeljeni stereotipi. S druge strane, društveno utemeljeni stereotipi uključuju znanje i informacije koje se o određenoj grupi prenose kroz društvo i koje je na neki način nametnuto od strane autoriteta. Kako nema prethodnog kontakta, osoba usvaja generalne stereotipe društva o osobama s demencijom ili bilo kojoj drugoj grupi kao istinite i upravo je zbog toga njih puno teže mijenjati. Stigma postoji i održava se zbog manjka društvene osviještenosti i nerazumijevanja bolesti. Ona predstavlja dodatan teretiteškoću prilikom nošenja s demencijom kako za njegovatelje, tako i za same oboljele. Nacionalni centar za prevenciju kroničnih bolesti i promociju zdravlja opisuje ju kao prepreku u više pogleda: sprječava traženje stručne liječničke pomoći kada se pojave prvi simptomi, onemogućuje postavljanje dijagnoze na vrijeme, produljuje vrijeme početka učinkovitih tretmana, djeluje kao prepreka razvoja sustava podrške kako bi osoba živjela život na najbolji mogući način usprkos bolesti te sprječava planiranje buduće skrbi, uključujući medicinsku i dugoročnu skrb i skrb na kraju života

Osim samog oboljenja, stigma i etikete za bolesnika predstavljaju još jedan dodatan problem. Razni mediji daju psihičkim bolesnicima pogrdne nazive, pa brojni stručnjaci smatraju kako su mediji jedan od glavnih čimbenika u procesu nastanka stigmatizacije. Stigma narušava osnovna ljudska prava oboljelih na poštovanje i ravnopravnost. Psihijatrija mora razvijati metode, koje trebaju biti uspješne, kako bi oboljelima omogućila najosnovnija ljudska prava. Stigmatizacija nije samo društveni problem već i etički. Etičke smjernice naglašavaju da je svaku osobu potrebno tretirati s poštovanjem. Ljudi strahuju da ako se razbole psihički, automatski su manje vrijedni. Oni koji se slažu s stereotipom i reagiraju kao da je on istina, nanose veliku i tešku štetu ljudima sa psihičkim poremećajima. Stigmatiziranje psihički oboljelih osoba negativno djeluje na njihovo sudjelovanje u liječenju, osoba može odbijati liječenje ili ga prekinuti u onom trenu kada je najpotrebnije, zbog srama. Stavovi javnosti se moraju i mogu mijenjati, bez obzira na to dugotrajnost procesa. Psihijatrijsku bolest je moguće izliječiti jednako kao i svaku drugu tjelesnu bolest.

U suzbijanju stigmatizacije je jako važna obrazovanost čitavog društva, ako nikako, onda preko medija isključivo. Na stigmu se gleda kao na prepreku u liječenju i važno je provoditi antistigmatske programe. Stavovi trebaju poprimiti pozitivan smisao kako bi oboljeli dobili našu podršku, a ne odbijanje, ranije se javljali na liječenje i ne ga prekidalu sve do kada liječnik ne smatra da je osoba zdrava. Svi bi trebali preispitati naša stajališta prema duševno oboljelima jer stigma prema njima znači samo jedno, a to je nepravda. Nismo svjesni da prihvaćanjem negativnih stereotipa povređujemo pojedince. Borbu protiv stigme trebaju provoditi građani svih dobnih skupina, tako postajemo humaniji, oslobađamo se negativnih stavova koji nas priječe da budemo pravedniji (prema svima, ne samo prema psihičkim bolesnicima) i humaniji. (5)

Osobe s demencijom u medijima se predstavlja kao »izgubljene« i one čiji život više ni po čemu nije isti. Evo nekoliko primjera:

„Kad slomiš nogu, ti si i dalje ista osoba, no s ovom bolesti, to nije slučaj. Ljudi postaju kao sjene“

Mozak oboljelih je „kao bomba koja će svaki čas eksplodirati.“

„Oboljela osoba izgubila je pamćenje, osobnost, a na kraju i sve kognitivne funkcije“

„Bolest je ubila njezin mozak“

Ako su mediji glavni izvor dobivanja informacija, ovaj način potiče razvoj predrasuda, stereotipa i diskriminacije prema oboljelima. Demenciju se u medijima predstavlja isključivo s medicinskog modela, a ne socijalnog. Tako je uvijek naglasak na bolesti, a manje na osobi što zagovara socijalni model. Alzheimerova bolest opisuje se kao užasna bolest koja ubija stanice mozga te prijetnja da će od nje do 2050. godine oboljeti 20 milijuna Europljana. Daakle, opisuje se kao snažna i neumoljiva bolest i kao takva izaziva strah i neugodu kod ljudi. Zbog promjena u kognitivnim funkcijama, dolazi do promjena ponašanja koja se opisuju kao bizarna. Priča žene čija je majka oboljela od Alzheimerove bolesti svjedoči kako je ostala šokirana kad je njezina majka, koja je inače modno osviještena, ušetala u njezin ured u roza pidžami i crnim visokim potpeticama i tako je »osramotila« pred kolegama. Ponašanja oboljelog su »neočekivana«, »iznenađujuća«, »besmislena«, »ponavljajuća...« i zbog toga se radi o »teškoj i neizlječivoj degenerativnoj bolesti« (6)

Samostigmatizacija predstavlja unutarnji proces vrednovanja samog sebe. Osoba dobiva različite poruke od društva te na temelju njih započinje unutarnje preispitivanje i prosuđivanje, a javlja se kada osoba koju se stigmatizira to osvijesti te nakon samovrednovanja prihvaća dodijeljenu stigmu. S vremenom dolazi do internalizacije stigme – osoba je usvaja kao dio svoje osobnosti i nastavlja živjeti s njom. Također, prihvaća uvjerenja i stavove šireg društva o skupini kojoj pripada. Neki ljudi, usprkos postojanju stigme u društvu, neće razviti samostigmu, dok neki hoće. Samostigma i osnaživanje mogu se poimati kao dva suprotna pola. Na jednom polu nalaze se pojedinci koji su pesimistični i niskog samopouzdanja, dok su na drugom osobe koje unatoč dijagnozi imaju visoko samopoštovanje i pozitivnu sliku o sebi. Kod prvih je vjerojatnost za razvoj samostigme puno izgleđnija, dok kod druge skupine postoji vrlo mala vjerojatnost za njezin razvoj. (7)

Intervencije

Najčešće intervencijske komunikacijske epizode mogu se dogoditi na različite načine:

1. Ne smiješ izlaziti iz kuće da se ne izgubiš / Idemo zajedno u šetnju
2. Stalno gubiš stvari, ne možemo stalno zbog tebe biti u stresu / Svima se dogodi da nešto izgube, pronaći ćemo
3. Moraš nositi ovu SOS ogrlicu oko vrata da bi te kontrolirali / Poklanjam ti ovu narukvicu kao znak ljubavi. Ako me zatrebaš, stisni ovu tipku
4. Zašto nam danas deseti puta pričaš o djedu / Hajde mi ispričaj ono o djedu, zaboravila sam detalje
5. Što će ti te križaljke, ionako ništa ne znaš / Hajde mi pomozi da riješim ovu križaljku
6. Ne kontaktiraj sa susjedima da ne misli da si poludjela / Zovi na kavu prijateljicu iz mladosti
7. Ništa ne radi, jer ti to ne možeš / Ispeci nam kolačiće koje ti radiš najbolje, ja ću pripremiti smjesu po tvom receptu

Zaključak

Demencija je progresivna bolest. Simptomi s odmakom vremena postaju sve teži i kompleksniji, a ponašanja oboljelog zbunjujuća, neuobičajena i suprotna onome što društvo postavlja kao poželjno. Upravo zbog toga dolazi do izbjegavanja osoba koje boluju od demencije, postupno ih se isključuje iz socijalnih interakcija te percipira samo kroz prizmu bolesti. Dakle, demencija i simptomi koje nosi za sobom kriterij su na temelju kojeg se pojedinca poima kao različitog od drugih te tako stvara podloga za razvoj stigme. Riječ je o multidimenzionalnom konceptu koja počiva na percepciji različitosti i neuklopljenosti u društvene norme. Stigma demencije veoma je prisutna, iako se o njoj ne govori mnogo.

Često se poistovjećuje s mentalnim bolestima te je fokus uglavnom na stigmatizaciji osoba s psihičkim teškoćama, a manje na osobama s demencijom. No, upravo su one skupina višestrukog rizika za stigmatizaciju gdje starosna dob predstavlja prvi rizik, a dijagnoza demencije drugi rizični čimbenik razvoja stigme. Kada se spoznaju glavni uzroci stigme i teorije koje ju objašnjavanju, tada se može započeti raditi na promjeni. Mediji kao jedan od čimbenika razvoja stigme (najčešće kroz neprimjeren jezik i senzacionalističko izvještavanje) mogu doprinijeti destigmatizaciji kroz različite kampanje i programe s obzirom na njihov snažan utjecaj na šire mase. Važno je da informiranje javnosti bude realno i utemeljeno na istinitim informacijama o bolesti. Stoga se čini važnim poticati suradnju medija, zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi te osoba koje boluju od demencije i osoba koje im pružaju skrb.

Literatura

1. Štambuk, A. i Ivančić, I. (2022). (Anti)stigma osoba s demencijom. *Ljetopis socijalnog rada*, 29(1), 7-30.
2. Mimica N. Stavovi i predrasude prema starijim osobama.(2019) *Medix* (136):216-21.
3. Ivezić, S., *Stigma psihičke bolesti*, (2006) *Medix* (64) 23-31
4. Benbow, S. M. & Reynolds, D. (2020). Challenging the stigma of Alzheimer's disease. *Hospital Medicine*, 61 (3), 174–177. <https://doi.org/10.12968/hosp.2000.61.3.1295>
5. Ozer, U., Varlik, C., Ceri, V., Ince, B. & Delice, M. (2017). Change starts with us: Stigmatizing attitudes towards mental illnesses and the use of stigmatizing language among mental health professionals. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 6 (1), 224–232.
6. Benbow, S. M. & Reynolds, D. (2000). Challenging the stigma of Alzheimer's disease. *Hospital Medicine*, 61 (3), 174–177.
7. Blay, S. L. & Peluso, É. T. P. (2010). Public stigma: The community's tolerance of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (2), 163–171. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bea900>

TREĆE ŽIVOTNO DOBA KVALITET ŽIVOTA U STAROSTI - MEDICINSKI I PSIHOLOŠKI ASPEKTI

Sažetak

Analizirali smo objavljene rezultate istraživanja kvaliteta života u osoba treće životne dobi, sa posebnim osvrtom na medicinski i psihološki aspekt. Istraživanje je obavljeno na osnovu podataka iz literature i naših profesionalnih iskustava. Poznata je činjenica da je kvalitet života određen brojnim objektivnim i subjektivnim kriterijima. Saznanja do kojih smo u našem radu došli govore u prilog relativno dobrog kvaliteta života osoba treće životne dobi u odnosu na njihov zdravstveni, psihološki i finansijski status, odnosno socijalni aspekt koji uključuje aktivnost i druženje, te opšte zadovoljstvo životom. Također, naše spoznaje se podudaraju sa stavovima do kojih su došli neki raniji istraživači, a govore u prilog da opšti sociodemografski faktori, spol, životna dob, nivo obrazovanja, mjesto stanovanja, suživot, bračni i porodični status nisu bitno uticali na kvalitet života.

Ključne riječi: treće životno doba, medicinski i psihološki aspekt, kvalitet života.

THIRD AGE QUALITY OF LIFE IN OLD AGE - MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Abstract

We analyzed the published results of research on the quality of life in elderly people, with special attention to the medical and psychological aspects. The research was conducted based on data from the literature and our professional experiences. It is a well-known fact that the quality of life is determined by numerous objective and subjective criteria. The findings we have obtained in our work support the relatively high quality of life of elderly people in relation to their health, psychological and financial status, i.e. the social aspect that includes activity and socializing, and general satisfaction with life. Also, our findings coincide with the views reached by some previous researchers, and support the view that general sociodemographic factors, gender, age, level of education, place of residence, cohabitation, marital and family status do not significantly affect the quality of life.

Keywords: elderly people, medical and psychological aspects, quality of life.

¹ Evropski Univerzitet Kallos Tuzla

UVOD

Gerontologija (grč. *Geron*-stari + *logya* -nauka, proučavanje) je nauka koja se bavi proučavanjem procesa starenja, biološkim i psihološkim aspektima, kao i društvenim procesima i teškoćama. Gerontologija se razlikuje od gerijatrije koja je grane medicine i proučava bolesti starijih, odnosno osoba treće životne dobi. Sama gerontologija podrazumjeva i druga istraživanja kao što su proces starenja sam po sebi - biogerontologija, zatim poređenje normalnog starenja i starenja izazvanog bolešću, uticaj starenja stanovništva na društvo, uključujući, zdravlje, psihološke efekte, lična primanja i prava, zatim životno osiguranje i penzionisanje. Gerontologija se također bavi i primjenom stečenih znanja u odgovarajućim politikama i programima, odnosno planiranjima (npr. smještaj u dom za stare).

Biogerontologija je dio gerontologije koji se bavi proučavanjem bioloških pojava i samog procesa starenja. Treba spomenuti i biomedicinsku gerontologiju, koja se još naziva eksperimentalna gerontologija. Biogerontologija se bavi istraživanjem na temu produženje života i nastoji usporiti proces starenja. Jedan od pristupa u savladavanju uzroka bolesti povezanih sa starenjem je usporavanje procesa starenja uz pomoć fizičkih vježbi.

Socijalna gerontologija se bavi proučavanjem i radom sa starijim osobama, a podrazumijeva poznavanje procesa starenja, psihologiju, sociologiju, demografiju, gerontologiju i druge grane društvenih nauka. Društvena gerontologija se bavi edukacijom, istraživanjima i unapređenjem prevencije širih uzroka slabljenja starijih ljudi, dajući informacije i prezentacije, koji se odnose na starenje stanovništva, zatim izradu odgovarajućih programa, kao i usmjeravanju novih akademski obrazovanih stručnjaka.

CILJ

Naš cilj je bio da istraživanjem i prikazom dostupne literature utvrdimo kvalitet i najvažnije karakteristike života osoba treće životne dobi.

HIPOTEZE

Predpostavka je da su osobe ove životne dobi rasterećene brojnih obaveza u odnosu na prethodni životni period, te da imaju dovoljno vremena koje mogu posvetiti sebi, a time i doprinjeti poboljšanju vlastitog kvaliteta života.

METODE

U istraživanju je korištena terijska deskriptivna metoda bazirana na dostupnim podacima iz literature. Analizirani su medicinski i psihološki aspekti, kao i opšti sociodemografski podaci (spol, dob, nivo obrazovanja, mjesto stanovanja, bračni i porodični status), sa posebnim osvrtom na podatke koji su korišteni za opis istraživanja. Na osnovu dobijenih podataka I njihovom analizom formirani su određeni zaključci.

RAZRADA TEME

Treće životno doba je period za koji se vjeruje da je pojedinac u to vrijeme rasterećen od poslovnih obaveza i porodičnih ograničenja te se predpostavlja da ima vremena i prostora za

dobar i kvalitetan život. S druge strane, četvrto životno doba je obilježeno ovisnošću i najčešće gubitkom ili slabljenjem zdravlja. Sam pojam treće doba potiče iz Francuske (1970. g.). To je bio period kada su tamošnji Univerziteti omogućili pravo studija za starije osobe koje su bile dobrog zdravstvenog stanja i aktivno orjentisane. Ovaj termin je naknadno prihvaćen i u zemljama engleskog govornog područja. (1) Poznato je da u razvijenim zemljama prosječni životni vijek iznosi oko 80 godina, a starije osobe priželjkuju “vječnu mladost” i zdravlje bez obzira na njihovu stvarnu životnu dob. (3) Također u zemljama s potencijalnim postupnim starenjem i dugovječnošću, neke od starijih osobe žive duže i zdravije bez ikakvih tjelesnih ili duševnih problema, dok drugi npr. pate od nepokretljivosti, demencije ili drugih problema povezanih s starenjem. Smatra se da je treće doba vrijeme nakon umirovljenja uglavnom obilježeno zdravljem i pozitivnim odnosom, osim u određenim slučajevim. Treće životno doba obuhvaća posljednju trećinu ili četvrtinu života. Pojam trećeg doba pojavio se u razvijenim zemljama koje imaju dobre životne uslove pa se često uz treće doba povezuje i kvalitet života koji može oblikovati starost, spol, prošlost, penziono osiguranje, uslove stanovanja, zdravstveni i finansijski, odnosno materijalni status. (2)

Razloge za ovakve tvrdnje nalazimo u činjenici da stanovništvo treće životne dobi nije radno aktivno što također može uticati na kvalitet života. (19) Međutim, osobe treće životne dobi su nerijetko žrtve stereotipnih predrasuda s negativnom kontoacijom mladih prema starijima. Tako se navode zaboravnost, mentalna nesposobnost, slabljene motorike, teže prilagođavanje na nove tehnologije i druge promjene, odnosno događanja. Neka istraživanja na temu treće životne dobi pokazala su da većina onih koji su zaduženi za provođenje ovih programa, starije osobe karakteriše pretežno negativno, u smislu da su te osobe zahtjevne, zaboravne, spore, da pate za pažnjom, da su teško prilagodljivi, tužni, ranjivi, posesivni, ovisni o drugima, bespomoćni, apatični, prestrašeni, nekorisni, lijeni, osamljeni, smanjenih intelektualnih sposobnosti i dr. (5)

Nažalost, pozitivnih karakteristika je znatno manje, a od onih koje se najčešće pominju su aktivnost, dobro raspoloženje, ljubaznost, spremnost da pomažu (posebno mladima), zatim da su zahvalni, raspolazu znanjem i bogatim iskustvom, te da su druželjubivi, poslušni, znatiželjni, dobrog raspoloženja i dr. (6)

Sam kvalitet života predstavlja složen pojam i nije ga jednostavno definisati. Mnogi danas kvalitet života izjednačavaju s pojmovima subjektivnog blagostanja i zadovoljstva životom. Kvalitet života možemo također odrediti opštim blagostanjem koje uključuje objektivne faktore i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja. (7)

Različite definicije kvaliteta života uzrokuju i različite odrednice kvaliteta života. Autori uglavnom pod pojmom kvaliteta života definiraju određene karakteristike i područja koja čine taj kvalitet mjerljivom. (15) Zadovoljstvo životom podrazumijeva zadovoljenih zdravstvenih potreba, zatim finansijskih i materijalnih potreba, potreba za druženjem, za aktivnostima, odnosno potreba za uključivanjem u društvenu zajednicu. (9) Zapravo, može se reći da istraživanje kvaliteta života osoba treće životne dobi pokazuju interesantne, ali često i kontradiktorne rezultate. Na ovaj način otvara se mogućnost za nova i opsežnija istraživanja.

Danas je prihvaćen stav da se društvo mijenja uključivši i ljudsko iskustvo starenja i dužeg života. U toku prošlog stoljeća, struktura stanovništva se mijenjala što je imalo za značajne posljedice koje su se odrazile i na sam životni vijek. Već smo naveli da postoje različite podjele

životne dobi. Po jednoj od njih, smatra da se život sastoji od četiri doba, a navodi se da je vrhunac života u trećoj životnoj dobi. (1)

REZULTATI I RASPRAVA

Na osnovu postavljenih ciljeva istraživanja formulisana su karakteristična pitanja koja su definirana kao kriterij za prikaz rezultata istraživanja. Za analizu razlika u kvalitetu života osoba treće životne dobi s obzirom na njihova sociodemografska obilježja, koristili smo i analizirali različite podatke. U odnosu na brojne navode kao što su životna dob, medicinski i psihološki aspekti i mjesto stanovanja, zatim finansijska potpora i zdravstvena njega na primjer, bili su korisni za raspravu i donošenje zaključaka. S druge strane, spol, nivo obrazovanja, bračni status i djeca kao neki od podataka ukazivala su na velike razlike navedene u pojedinim istraživanjima, te nisu uzeta u razmatranje. (11)

Na osnovu analiziranog zaključili smo da se ispitivane osobe treće životne dobi značajno ne razlikuju po kvaliteti života s obzirom na njihovu dob ili mjesto stanovanja. Mlađe osobe, osobe životne dobi od 65 do 75 godina starosti, osobe treće dobi, kao i one starije od 76 godina, kvalitet svog života procjenjuju gotovo jednakim. (10)

Također, ispitane osobe treće životne dobi koje žive u vlastitom domu i one koje žive u domu za starije, kvalitet života procjenjuju približno jednako. Potvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između dobijenih podataka o opštem zadovoljstvu životom, usamljenosti, finansijsima, socijalnih kontakata i aktivnosti s obzirom na suživot ispitanika. (19)

Dobijeni rezultati govore u prilog zanimljivih podataka o kvalitetu života osoba treće životne dobi. Prilikom uspoređivanja rezultata imali smo na umu da uzorak istraživanja na osnovu literaturnih podataka bitno određuje njihov socijalni život, ali i druge parameter koji se odnose na kvalitet života.

Medicinski aspekt i zdravstvena njega

Zdravlje kao jedan od najvažnijih faktora u ljudskom životu je važno pitanje koje utiče na definiciju pojma kvaliteta života, posebno u osoba treće životne dobi. Naša saznanja potvrđuju da ispitanici treće životne dobi, uglavnom osrednje procjenjuju potrebu za stalnom medicinskom pomoći i potrebu za razgovorom o zdravlju. Razlog može biti u tome što jedan broj ispitivanih osoba živi u domu za starije osobe gdje su te potrebe svakodnevno zadovoljene, postojanjem odgovarajućih zdravstvenih radnika, medicinskih tehničara i doktora medicine. (16)

Osnove za zdravo, aktivno starenje, uz očuvanje funkcionalne sposobnosti i unaprjeđivanje zdravlja u dubokoj starosti, postavljaju se u ranijoj životnoj dobi kroz vlastite odluke i pozitivno zdravstveno ponašanje. Nepušenje, pravilna i uravnotežena prehrana, održavanje normalne tjelesne težine te redovita, svakodnevna, umjerena tjelesna aktivnost najvažniji su u održavanju zdravlja i vitalnosti.

Planiranje razvoja za porodicu i lokalnu zajednicu u kojoj stariji ljudi žive uključuje razvoj novih oblika njege i brige za starije osobe. Jedan od istaknutih modela kompletne njege za starije osobe u lokalnoj zajednici su multifunkcionalni centri neposredne i integralne multidisciplinarne vaninstitucionalne njege za starije osobe u lokalnoj zajednici u kojoj žive. Osnovni je cilj zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće uz njegovu porodicu. Program

podrazumijeva provođenje preventivnih pregleda primarne prevencije; trajne tjelesne, psihičke i okupaciono-rekreacione radne aktivnosti. fizikalnu terapiju, zdravstveno, psihološko i pravno savjetovanje, dnevni boravak; njegu i pomoć u kući te dostavu obroka i drugih usluga.(18)

Neka istraživanja navode da osobe treće životne dobi koje su braku žive duže i zdravije. (15) Upoređujući osobe koje žive u domu za starije i one koji žive u svojim domovima, pokazalo se da osobe u domovima imaju više zdravstvenih problema i da svoj kvalitet života procjenjuju relativno slabijim. (9) Istraživanja također pokazuju da osobe s nižim nivoom obrazovanja, nižim prihodima, oni koji nisu u bračnoj zajednici i stariji ljudi svoje zdravlje procjenjuju lošijim te imaju veći rizik od smrtnosti. (15) Naša saznanja potvrđuju da stariji ljudi koji žive u vlastitim domovima svoje zdravlje uglavnom procjenjuju zadovoljavajućim te ne ističu posebnu potrebu za dodatnom zdravstvenom njegom. (10) U odnosu na njih, osobe koje žive u domovima za starije svoje zdravlje procjenjuju lošijim i samim time i kvalitet života procjenjuju nižim od zdravijih osoba. Ono u čemu se autori uglavnom slažu je činjenica da je zdravlje jedan od najvažnijih faktora kvaliteta života starijih ljudi. (9)

Psihološki aspekt i socijalni kontakti

Govorili smo o tome da proces starenja prati niz promjena koje karakterišu osobine svake ličnosti. Faktori koji utječu na promijene su vrlo različiti u u biološkom i u sociološkom smislu. U procesu starenja posebno su izraženi problemi prilagođavanja. Prilagođavanje je psihološki proces koji predstavlja odnos čovjeka i sredine u kojoj živi. Različiti su načini na koje pojedinci reaguju na ove promjene. Smatra se da je osnovni problem koji se javlja u vezi sa starenjem izoliranost osoba starije životne dobi od društvene sredine.

Ukoliko se na vrijeme i na odgovarajući način pripremi za zdravstvene i socijalne probleme koje donosi starost i starenje, pojedinac, odnosno društvo u cjelini bit će u mogućnosti da reaguje na odgovarajući način, što podrazumijeva humanije, efikasnije i racionalnije ponašanje. Poznato je da definicija, odnosno pojam zdravlja podrazumijeva i mentalno zdravlje. Narušeno ili promijenjeno duševno zdravlje može uzrokovati sukobe sa okolinom, otuđenje od posla, od okoline, sukobe sa samim sobom, poremećene porodične odnose, kriminogeno ponašanje, pa sve do ubistva i/ili samoubistva.

Kod osoba starije životne dobi relativno često se javljaju organske psihoze, neurotski poremećaji i psihosomatske bolesti. Zato je potrebno u sistemu organizacije zdravstvene službe razvijati i unapređivati savjetovališta za hronične bolesti, zatim specijalizovna psihogerijatrijska savjetovališta sa stručnim timovima sastavljenim od psihijatra, psihologa, pedagoga, medicinskih tehničara i socijalnog radnika.

Demografska kretanja u svijetu i kod nas ukazuju na postepeni porast ukupnog stanovništva i ubrzani rast broja starijih u ukupnoj populaciji. Ovakva kretanja zahtijevaju pojačan nadzor zajednice za zadovoljavanje svih potreba navedene populacije. (3, 5)

Rehabilitacija ovih kategorija ima svoje specifičnosti počevši od cilja koji se postavlja, sastava tima koji je provodi, preko realizacije plana i programa te dužine nj. trajanja. Pri tome je najvažnije zalaganje da se što duže sačuvaju radne sposobnosti osoba starije životne dobi, kako bi održali svoju psihofizičku stabilnost. Zato se nameće potreba za kontinuiranim radom na poboljšanju položaja i zaštite starih osoba i kroz povećanje kapaciteta za smještaj osoba treće životne dobi i specijalnih institucija za duševno zdravlje oboljelih i povećanje kapaciteta

otvorenih oblika zaštite, zatim potreba za organiziranjem savjetovališta, potreba za integrativnim pristupom sistema zdravstvene i socijalne zaštite. Također izražena je potreba provođenja medikacije i socijalne rehabilitacije, razvijanje i unapređenje preventivne aktivnosti u svim oblastima i sprovođenje i unapređivanje različitih oblika zdravstvene zaštite, pri čemu davanje podrške i pomoći obiteljima koje imaju starije članove ima važnu ulogu. (5)

Socijalni kontakti su kao indikator kvalitete života vrlo zanimljivi za posmatranje i tumačenje. Naime, osobe treće dobi socijalne kontakte smatraju vrlo važnima, u toj mjeri da ih stavljaju ispred zdravstvenih potreba i finansijskih i materijalnih uslova. (18) Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanici potrebu za dodatnim socijalnim kontaktima procijenili kao djelimičnu do potrebnu.

Zanimljivo je kako je usamljenost kao ispitivana kategorija pokazala da te osobe zapravo imaju puno društvenih kontakata i bliskih osoba, ali i dalje svoje socijalne potrebe označavaju kao djelomično potrebne. Neka istraživanja navode da su stariji ljudi zadovoljni svojim socijalnim vezama dok drugi autori govore kako su socijalne veze u starijih osoba vrlo slabe. Istraživanju nije potvrdilo značajne razlike u odnosu na spol i životnu dob u odnosu na varijablu socijalnih kontakata. (10)

Materijalna osnova i finansijske potrebe

Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitane starije osobe uglavnom zadovoljne svojim finansijskim potrebama. Najveći broj ispitivanih procjenjuje da imaju sredstva za najosnovnije potrebe, ali pokazuju želju za dodatnu finansijsku pomoć. Procjena je da su djelimično do potpuno finansijski neovisni o drugima što je za osobe treće životne dobi malo očekivani podatak.

Obzirom da su ranija istraživanja pokazala da su starije osobe i umirovljenici rizična skupina za razvoj siromaštva, možemo zaključiti da naši podaci govore u prilog kako osobe treće životne dobi imaju relativno dobre finansijske uslove.

Uobičajene, svakodnevne aktivnosti

Istraživanja na području aktivnosti starijih osoba su uglavnom usmjerena na prepoznavanje specifičnosti aktivnog života starijih osoba s naglaskom na razlike u spolu. Istraživanja govore u prilog tome da osobe ženskog spola uglavnom svoje aktivnosti usmjeravaju ka aktivnostima u prirodi, druženjima na otvorenom ili izletima, a osobe muškog spola radije pribjegavaju svakodnevnom, uobičajenom druženjima. Naši rezultati nisu pokazali razlike između spolova u odnosu na vrstu aktivnosti, kao ni po drugima opštim karakteristikama ispitanika. Dobijeni rezultati su podudarni s rezultatima nekih istraživača koji su dokazali da osobe koje se bave različitim aktivnostima i one koje imaju želju baviti se aktivnostima pokazuju veliki stepen zadovoljstva životom, bolje zdravlje i imaju subjektivni osjećaj korisnosti. Dakle, bavljenje određenim aktivnostima je važan element zadovoljstva starijih ljudi koji kao takav utiče na nivo kvaliteta života u starijoj dobi. (13)

Usamljenost

Naša iskustva govore da je jedna od specifičnosti u ispitivanoj grupi upravo visok nivo društvenosti i socijalnih kontakata ispitanika koje su imali na raspolaganju. Drugi pak istraživači analizirajući parametre kvaliteta života, zaključuju da je usamljenost najizraženiji

parametar kvaliteta života ispitivanih osoba. u kojima se procjenjuje da su stariji ljudi vrlo usamljenim. (15)

Na kraju, treba reći da su ispitivane osobe treće dobi koji su živjeli u određenim životnim uslovima, tako da se dobijene informacije djelimično podudaraju sa drugim istraživanjima na istu temu.

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja koji se odnose na potvrdu materijalnih i finansijskih uslova pokazuju da su ispitivane starije osobe uglavnom zadovoljne svojim potrebama. Najčešće procjenjuju da imaju sredstva za najosnovnije životne potrebe, ali potvrđuju da bi bili zadovoljniji uz dodatnu finansijsku pomoć.

Zaključili smo da su dimenzije kvaliteta života u osoba treće životne dobi, korisni parametri za potvrdu kvaliteta života. Kada je u pitanju zdravstvena njega došli smo do saznanja da ispitanici treće životne dobi uglavnom osrednje procjenjuju potrebu za stalnom medicinskom pomoći i potrebu za razgovorom o zdravlju. Jedan od razloga može biti u činjenici da se najveći broj analizirane literature odnosio na osobe koje su živjele u domu za starije, gdje su svakodnevne potrebe uglavnom zadovoljene, prisustvom i zahvaljujući aktivnoj ulozi zdravstvenih radnika. Različiti putevi i načini starenja pokazuje da dobro zdravlje, stabilna društvena integracija i društvena participacija se ne javljaju kao prirodno stanje u starosti. Neki ispitanici imaju dobar zdravstveni status i socijalni život, te zadovoljavajuće finansijske resurse. Druge starije osobe pate od hroničnih bolesti, usamljenosti, zanemarenosti a ponekad, nažalost i zlostavljanja. Rezultati ispitivanja procjene socijalnih kontakta ističu da su ispitanici potrebu za dodatnim socijalnim kontaktima procijenili kao djelomično potrebnu. Provedena istraživanja na istu temu potvrđuju da te osobe zapravo imaju odgovarajući društveni kontakt sa bliskim osobama, ali svoje socijalne potrebe označavaju kao djelomično realizovane. Po pitanju sveukupne aktivnosti, nisu uočene razlike između spolova, kao ni po drugima karakteristikama ispitanika. Pojedini autori navode da osobe koje se bave različitim aktivnostima i one koje imaju želju za istim, pokazuju veći stepen zadovoljstva životom, bolje zdravlje i subjektivni osjećaj korisnosti. Možemo reći u odnosu na druge parameter kvaliteta života, da je usamljenost važan kriterij koji govori o kvalitetu života u ispitivanih osoba.

Sveukupno kvalitet života naših ispitanika je procijenjen dobrim iako podaci dobijeni nekim istraživanjima mogu biti drugačiji. Rezultati dosadašnjih istraživanja mogli bi poslužiti u kreiranju socijalne politike ali i za repozicioniranje starijih osoba koje su u nekim kulturama i sredinama marginalizirane. Na kraju mišljenja smo da je pred nama veliki izazov u pronalaženju faktora koji bi mogli promijeniti sam proces starenja na bolje.

LITERATURA

1. Laslett, P. *A Fresh Map of Life* (2nd edition). 1996; London: Macmillan.
2. Pečjak, V. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta. 2001.
3. Sadler, W. A. (2006). Changing life options: Uncovering the riches of the Third Age. *LLI Review*, 1, 11-20.
4. Bartlett, H., Marshall, A., Peel, N. Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing* 2007; 26 (4), 162-167.
5. Richeson, J. A. i Shelton, J. N. A social psychological perspective on the stigmatization of older adults. *U: When I'm*, 64. 2006.
6. Krajnc, A. *Starejši se učimo: Izobraževanje starejših v teoriji in praksi*. Ljubljana: Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje, združenje za izobraževanje in družbeno vključenost. 2016.
7. Beaumont, G.J., Kenealy, P. Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society*, 2004; 24 (5), 755-769.
8. Bell, D., Galloway, S., Hamilton, C., Scullion, A. Well-being and quality of life: measuring the benefits of culture and sport. *Scottish Executive Social Research*. 2005.
9. Čanković, S., Harhaji, S., Kvrđić, S., Mijatović Jovanović, V., Nikolić, E., Radić, I. Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanitetski pregled*, 2016: 73 (1), 42-46.
10. Despot - Lučanin, J., Havelka, M., Lučanin, D. Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 2005; 4-5 (84-85), 801-817.
11. Milosaljević, Lj. Upravljanje vremenom i njegovo vrednovanje kod starijih pripadnika društva. *Antropologija*, 2011; 1 (11), 143-159.
12. Jacob, R., Pearson, M. *A Good Life in Old Age ?* 2013; OECD Publishing.
13. Ilić, B., Županić, M. Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2014; 10(37), 22-44.
14. Bowling, A., Zahava, G. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 2004; (6) 24, 675-691.
15. Brajković, L. *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. 2010.
16. Blane, D., Netuveli, G. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 2008; 1 (85), 113-126.
17. Escosteguy, N., Ferraz, M., Marc, N., Moriguchi, E., Xavier, F. Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003; 1 (25).
18. Farquhar, M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social science and medicine*, 1995; 41 (10), 1439-1446.
19. Mujkić, A., Vuletić, G. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. 2002; *Liječnički Vjesnik*, 2 (124), 64-70.
20. Smith, A. Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings. 2000; Keele: Keele University.
21. Wiggins, R.D., Higgs, P.F.D., Hyde, M. i Blane, D.B. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing & Society* 24, 2004; 693-708.
22. Macieira-Coelho A. Biology of aging. *Prog. Mol. Subcell. Biol. Progress in Molecular and Subcellular Biology*, 2003; 30: III-VI, 1-189. doi:10.1007/978-3-642-18994-4_1. ISBN 3-540-43827-0. PMID 12494760.
23. Hadžiselimović R., Maslić E. *Osnovi etologije – Biologija ponašanja životinja i ljudi*. Sarajevo Publishing, 1999; Sarajevo, ISBN 9958-21-091-6.

SAMAČKI ŽIVOT I USAMLJENA SMRT

Sažetak

Samac je osoba koja živi sama u svojoj kući i koja ima u većini slučajeva osiguranu finansijsku neovisnost. Može se raditi o muškoj ili ženskoj osobi koja je odlučila da živi sama dobrovoljno ili igrom životnih okolnosti da ostane sama a svaka promjena bi poremetila mentalni sklop iste osobe, porodične, rodbinske ili socijalne kontakte. Najviše zastupljenih osoba u ovoj populaciji pripada dobi od 50 do 65 godine života iako se u zadnjem desetljećima broj mlađih, čak i od 20 godina pa nadalje se povećava baš zbog finansijske situacije i zbog odbacivanja sintagme „pater familias i žene ukras braka“. Popis stanovništva u Italiji daje podatke o devet miliona samaca a u Bosni i Hercegovini taj broj je 500 000 građana koji žive samački život. Slični podaci su i drugim državama naročito u razvijenim zemljama gdje je finansijska neovisnost veća. U razvijenim zemljama se mlađe osobe istog ili različitog spola udružuju i žive u iznajmljenim stanovima sa neobaveznim ishodima uz jednako finansiranje troškova života. U Japanu je 1980 godine opisan slučaj usamljene smrti osobe u dobi od 65 godina života koja je ostala neotkrivena dugo vremena što daje definiciju ovog fenomena. Fenomen se pripisuje ekonomskim poteškoćama i sve starijoj populaciji. Brojni drugi razlozi mogu ova dva najčešća fenomena da dovedu do ovakvih slučajeva. Cilj ovog rada je da ukaže da je zbog prisutne teške ekonomske situacije, odlazaka mladih osoba ili mladih bračnih parova u inostranstvo i produženjem života i Bosni i Hercegovini ima porast slučajeva samačkog života prevashodno starije populacije i usamljenih smrti koji još nisu ispitani niti prezentirani od strane istraživača. Zaključak je da postoje preventivne mjere koje se ispoljavaju da se smanji broj stanovnika koji žive sami i da dožive usamljenu smrt. Prevencija je u vidu poboljšanja rada socijalne službe, formiranje klubova sa samce, poticanje osoba za društvenim kontaktima, radnim kolegama, prijateljima, prilagodaavanje i edukaciji i korištenju novih sredstava za komunikaciju kao i mobilnih telefona, prilagodjavanje mjesta življenja potrebama osobe koja živi sama. Pravljenja registra osoba koje žive same i uspostavljanje komunikacije od strane socijalne službe za određeni vremenski period i sl.

Ključne riječi: Samački život, usamljena smrt, prevencija

¹ Evropski univerzitet „Kallos“ Tuzla

² Student Evropskog univerziteta „Kallos“ Tuzla

SINGLE LIFE AND LONELY DEATH

Summary

A single person is a person who lives alone in his or her own house and who, in most cases, has secured financial independence. It can be a male or female person who has decided to live alone voluntarily or through life circumstances to remain alone, and any change would disrupt that person's mentality, as well as family, relatives or social contacts. The majority of people in this population belong to the age group of 50 to 65, although in recent decades the number of younger people, even from the age of 20 onwards, has increased precisely because of the financial situation and because of the rejection of the phrase "pater familias and women are the ornament of marriage". The population census in Italy provides data on nine million single persons, and in Bosnia and Herzegovina that number is 500,000 citizens living a single life. There are similar data for other countries, especially in developed countries where financial independence is greater. In developed countries, younger people of the same or different sex join together and live in rented apartments with optional outcomes with equal financing of living expenses.

In Japan, in 1980, a case of solitary death of a 65-year-old person was described, which remained undetected for a long time, which defines this phenomenon. The phenomenon is attributed to economic difficulties and an aging population. Numerous other reasons can cause these two most common phenomena to lead to such cases.

The aim of this paper is to point out that due to the current difficult economic situation, the departure of young people or young married couples abroad and the extension of life, in Bosnia and Herzegovina there is an increase in cases of single life, mainly of the elderly population, and lonely deaths that have not yet been examined or presented by researchers. The conclusion is that there are preventive measures that are taken to reduce the number of people who live alone and experience a lonely death. Prevention is in the form of improving the work of social services, forming clubs with singles, encouraging people to make social contacts, work colleagues, friends, adapting to education and using new means of communication as well as mobile phones, adapting the place of living to the needs of a person who lives alone. Creation of a register of persons living alone and establishment of communication by the social service for a certain period of time, etc.

Keywords: single life, lonely death, prevention

UVOD

U Japanu je 1980 godine opisan slučaj usamljene smrti osobe u dobi od 65 godina života koja je ostala neotkrivena dugo vremena što daje definiciju ovog fenomena. Fenomen se pripisuje ekonomskim poteškoćama i sve starijoj populaciji. Brojni drugi razlozi mogu ova dva najčešća fenomena da dovedu do ovakvih slučajeva.(1,2,3)

Prvi slučaj u Južnoj Koreji koji je postao značajna vijest dogodio se 2000. godine kada je tijelo 69-godišnjeg muškarca otkriveno tri godine nakon njegove smrti. Tokom prve polovine 2024. godine, Nacionalna policijska agencija Južne Koreje u kojoj živi 52 miliona stanovnika je objavila do sada ukupno pronađenih 37.227 osoba koje su živjele same i preminule u svojim domovima. U dobi od od 65 godina je 70% umrlih na ovaj način.. Otkriveno je oko 4.000 tijela mjesec i više dana nakon njihove smrti, a 130 umrlih osoba su ostala neprimijećena više od godinu dana.(4,5,6)

Razlog za to je povećana društvena izolacija. Starije osobe koje žive same imaju manje društvenih kontakata s porodicom, prijateljima i komšijama, što povećava mogućnost da će umrijeti sami i ostati neotkriveni nakon smrti. Psihološki razlozi za povećanje broja slučajeva usamljene smrti, „kodokushija“ uključuju društvenu apatiju i izolaciju kao i stres u životu. Kodokushija je japanski naziv za usamljenu smrt.(1,7,8,9)

Društvena izolacija koristi se kao “coping” mehanizam suočavanja kako bi se izbjegle stresne situacije.

„Coping mechanism“ u psihologiji je način na koji osoba svjesno ili nesvjesno reaguje na stres, teške emocije ili izazovne situacije kako bi ih lakše podnijela. Ti mehanizmi pomažu pojedincima da se nose s negativnim osjećajima, izbjegnu emocionalno preopterećenje. smanjuju anksioznost i depresiju.(1,10)

Korisni mehanizmi u rješavanju problema su traženje podrške i pomoći, meditacija, tjelesno vježbanje ili vođenje ličnog dnevnika u kojem osoba može sve svoje negativne stresne situacije opisati i na taj način smanjiti stres.(1,10,11)

Štetni mehanizmi mogu privremeno smanjiti stres, ali dugoročno stvaraju više problema, poput izbjegavanja održavanja socijalnih kontakata, prekomjerno pijenja alkohola, korištenje droge, prekomjerno pušenje ili neobuzdano prejedanja.(,10;12)

Podatak kako samci imaju do 80 posto veći rizik za razvoj depresije u poređenju s ljudima koji žive sa porodicama, kako je pokazalo finsko istraživanje koje je tokom osam godina pratilo potrošnju antidepresiva među 3.500 osoba, zvuči dosta interesantno, stvari ipak nisu tako crne. Povezanost lične sreće i bračnog statusa pokazuje kako su osobe u braku sretnije od samaca, ali samci koji oduvijek nakon punoljetstva žive sami, su sretniji od rastavljenih i udovaca. Pokazatelj je provedene studije u 42 zemlje sa svih kontinenata na više od 150 hiljada ispitanika. Rezultati su dobijeni iz vrlo različitih kultura i zajednica. (1,10;12,13,14)

CILJ RADA

Cilj ovog rada je:

Ukazati da je zbog prisutne teške ekonomske situacije, odlazaka mladih osoba ili mladih bračnih parova u inostranstvo na obrazovanje i rad, produženjem života starijih osoba u Bosni i Hercegovini ima porast slučajeva samačkog života, prevashodno starije populacije. Ukazati da postoje usamljene smrti koje još nisu ispitane niti prezentirane od strane istraživača.

HIPOTEZE

Nulte hipoteze

Ne može se istražiti da je zbog prisutne teške ekonomske situacije, odlazaka mladih osoba ili mladih bračnih parova u inostranstvo na obrazovanje i rad, produženjem života u Bosni i Hercegovini ima porast slučajeva samačkog života prevashodno starije populacije.

Ne može se istražiti da li postoje usamljene smrti koje još nisu ispitane niti prezentirane od strane istraživača.

Radne hipoteze

Može se istražiti da je zbog prisutne teške ekonomske situacije, odlazaka mladih osoba ili mladih bračnih parova u inostranstvo na obrazovanje i rad, produženjem života u Bosni i Hercegovini ima porast slučajeva samačkog života prevashodno starije populacije.

Može se istražiti da postoje usamljene smrti koje još nisu ispitane niti prezentirane od strane istraživača.

MATERIJAL I METODE

U ovom radu provodi se teorijsko istraživanje koje se bazira na već postojećoj stručnoj i naučnoj literaturi. U izradi ovog rada korišteni su pregledi naučne literature pomoći ključnih riječi i/ili relevantnih časopisi sa postojećim radovima, prikazom slučajeva i drugih studija.

RAZRADA TEME

U Južnoj Koreji 2024. godine bilo je 3661 "usamljenih smrti". Zbog toga su vlasti glavnog grada Seula odlučile su uložiti stotine milijuna eura kako bi "stvorile grad u kojem niko nije samac". (23)

Svake godine hiljade Južnokorejaca – uglavnom sredovječnih muškaraca – umiru tiho i sami, odvojeni od porodice, prijatelja i komšija. Njihova tijela se ponekad pronadju mjesecima i

čak i više nakon njihove smrti. U Južnoj Koreji takve slučajeve zovu "usamljene smrti-godoksa- na korejskom jeziku".

Problem je to usamljenosti i izolacije u cijeloj zemlji, problema koji vladu toliko pritišće da se svim silama bori protiv njega. Veći grad čini veću usamljenost i povećava slučajeve usamljeničke smrti.

Inicijative uključuju najviše socijalnu službu, savjetnike za usamljenost dostupne na telefonskoj liniji koja radi 24 sata dnevno, internetsku platformu za slično savjetovanje savjetnika dobro educiranih, kao i mjere praćenja uključujući lične posjete samcima i te konsultacije sa vlastima.

- Usamljenost i izolacija nisu samo pojedinačni problemi, već društveni kompleks koje društvo mora riješiti zajedno sa samcima socijalnom te zdravstvenom službom.

Broj slučajeva usamljene smrti se povećava svake godine. Prema izvještaju na 3559 u 2022. godini i 3378 u 2021. Godini. Dio tog povećanja mogla bi biti formiranje novog ministarstva za "usamljenu smrt". Dok se prijašnjih godina tijelo moralo pronaći tek nakon "određenog vremena" da bi se kvalificiralo kao "usamljena smrt", izraz se sada odnosi na svakoga tko živi u društvenoj izolaciji, odsječen od porodice ili rodbine i umre zbog iznenadne srčane smrti do samoubojstva ili bolesti. Drugi razlog za porast mogla bi biti demografska kriza u zemlji. Sve starija populacija i pad nataliteta znače da je posljednjih godina stalno više umrlih nego rođenih. Ukupna stopa smrtnosti u Južnoj Koreji raste - a to uključuje i usamljene smrti. Ali broj umrlih još uvijek je najveći kod pogađa najviše sredovječne i starije muškarce. Više od 84% usamljenih smrti zabilježenih prošle godine bili su muškarci, pet puta više od umrlih žena. Muškarci u 50-im i 60-im godinama predstavljaju više od polovice ukupnog broja, od 2020. same u svojim domovima. U približno 40% ovih umrlih slučajeva od usamljene smrti bilo je potrebno više od četiri dana da se njihova tijela otkriju. Izvještaji naglašavaju da rizik od kodokushija (umiranja sam) nije ograničen samo na starije osobe koje žive usamljeni. Širi se i među mladima. Japanski stručnjaci kodokushi definiraju kao ljude koji žive sami koji su umrli kod kuće zbog neprirodnih ili neobjašnjivih uzroka, čak i samoubojstva. Međutim, u maju 2024. godine Nacionalna policijska agencija Južne Koreje prvi je put objavila podatke o ljudima koji su živjeli sami, a umrli su kod kuće. Podacima, od januara do marta u izvještaju policije koja je širom zemlje obradila 60.466 tijela. Od toga je 21.716 ljudi koji su živjeli sami i umrli kod kuće, uključujući i one koji su umrli samoubistvom. Starih osoba u dobi od 65 i više godina bilo je 17.034, što je oko 80% ukupnog broja. To sugerira procijenjenu godišnju brojku od približno 68.000 takvih slučajeva, nazvana je usamljenost "rastućom zdravstvenom epidemijom" i citirao studiju u kojoj stoji kako je socijalna izolacija "povezana sa smanjivanjem trajanja života u sličnoj mjeri kako to čini i pušenje 15 cigareta dnevno". Crouch kaže kako su rizični faktori za usamljenost, između ostalog i "porodični problemi i razvod", ali i niz drugih životnih problema. Usamljenost je posljednjih godina postala problem s kojim se moraju baviti i političari. Postala je trošak posebno kada je riječ o starijoj populaciji. Ljudi koji su usamljeni češće obolijevaju posebno od bolesti poput tumora, srčanih bolesti i depresije, a 50 posto njih umrijet će prije od onih koji nisu u tom stanju. No starost je neizbježna činjenica, a u većini zemalja kao i u Bosni i Hercegovini i usamljenost koja ju prati. U stoljećima ranije za starije članove društva brinula se njihova porodica, prijatelji, susjedi i cijela okolina. No promjenom načina života, užurban gradski život, kao i navika da se stariji ljudi smještaju u domove, predaju nekom drugom na brigu, dovela je do razvoja tog osjećaja izoliranosti. Iako je usamljenost osjećaj poznat svima, tradicija i način

života drugačiji su od zemlje do zemlje, čini preventivu s njom u potpunosti nepredvidljivom i zahtjevnom. Smatra se kako su ljudske emocije nerazdvojni dio socijalnog, ekonomskog i ideološkog konteksta. Kao što gnjev i ljutnja ne bi bili mogući bez poimanja dobra i zla, tako i usamljenost može postojati samo u svijetu u kojem se pojedinca gleda ne kao dio društvenog tkiva, već kao njegov odvojeni, individualni dio. Upravo individualizam kojeg se toliko preferira i na njegovom razvoju svakodnevno radilo, otežava društvene veze i polako nas je doveo do razvoja 'usamljenosti' koji nije postojao nekoliko stoljeća ranije. Tokom stoljeća promijenilo se i odgovor na pitanja što je potrebno za život vrijedan življenja, a fokus se sa zajednice i društva, preusmjerio na individualnog pojedinca, na njegove individualne želje, izbore, postignuća. (4,9)

Smještaj u domove penzionera i medicinske hospise vjerovatno nije najsretnije rješenje jer se u tim ustanovama osobe osjećaju usamljeno i napušteno. Jedino ako su osobe zahvaćene demencijom ili krajnjim stadijumima maligne bolesti može biti opravdanje za smještaj u ove institucije.

Usamljenost je neugodan emocionalni odgovor na doživljenu izolaciju. Opisuje se i kao socijalna bol. Uzrokovana je sa nedostatkom povezanosti. Razlikuje se od samoće. Muškarci više imaju samoću i češće umiru zbog usamljene smrti, vjerovatno zbog postojanja štetnih navika, pušenja, alkoholizma, nepravilne ishrane i dr.). Prema istraživanjima čak do 80% više umiru od usamljene smrti nego žena ali oni to podnose sa izvjesnom dozom tvrdoglavosti i neprihvatanjem savjeta i uputa. Tradicionalno se usamljene žene bolje snalaze u samoći nego muške osobe jer su kulturološki više vezane za kuću.

Zašto su žene sve više usamljene i žive same. Žene, zbog sve veće ekonomske neovisnosti, još uvijek obavljaju dva posla. Onaj od kojeg žive i onaj domaćice i majke. Zbog toga sve se češće odlučuju na prekid loše veze.

Brojni su razlozi. Brak npr. oslobađa od usamljenosti i zadovoljava osnovnu potrebu za socijalnim kontaktima, daje emocionalnu potporu bračnom partneru, povećava samopouzdanje i čini nas otpornijima na dnevne stresove. Ne treba zanemarivati ni činjenicu kako je finansijski lakše živjeti u zajednici nego sam jer dva primanja daju veću količinu novca. Međutim, uvijek postoji međutim. Pretpostavka za sretan život u braku je da su partneri zadovoljni svojim životom i jedno s drugim.

Britansko istraživanje pokazalo je kako su bračni partneri koji su bili nesretni u braku, znatno profitirali, tj. bili su sretniji nakon rastave. Stoga, ne treba brzati sa zaključcima. Populacijske studije pokazuju trend većeg zadovoljstva kod ljudi koji su u braku nego kod samaca, ali to ne vrijedi za svakog pojedinca. Puno je osoba koje uživaju biti same i bili bi nesretni da moraju živjeti u nezadovoljavajućoj zajednici.(15,16)

Osnovni razlog trenda povećanja broja samaca je ekonomska neovisnost. Nekada davno bilo je uobičajeno da ljudi žive u velikim porodicama, gdje je samo manji broj članova zarađivao i osiguravao sve potrebno za ostale članove. U takvim uvjetima, ako ste se željeli odvojiti, morali ste naći nekoga ko će vam osigurati osnovna sredstva za život. Odnosno, opet ste morali postati dio neke druge zajednice. Danas većina žena i muškaraca radi, osobito u europskim zemljama, stoga nije nužno da žive u porodičnim zajednicama. Na to se nadovezuje i traženja partnera. Ako nam partner nije ekonomski potreban, sigurno ćemo ga

birati prema drugim, vjerojatno višim i složenijim kriterijima, nego što bismo ga birali da je u pitanju samo puko preživljavanje.(17,23)

Broj neudanih žena i neoženjenih muškaraca sve više zahvata Europu i Ameriku. Znatno se produžilo i razdoblje školovanja i povećao trend povećanja obrazovnog nivoa stanovništva, pa se i cijeli proces sklapanja bračne zajednice životno produžio na kasne dvadesete ili početak tridesetih godina. A do tada smo već naviknuli živjeti sami, pa nam se baš i ne “žuri” u bračnu zajednicu. I sve to skupa dovodi do povećanja broja samaca. Karijera, ambicije i zadovoljstvo poslom veliki su nam izvor zadovoljstva, stoga uspješni u poslu ne navode brak kao životni prioritet.(18,23)

Generacija rođena šezdesetih godina, zahvaljujući financijskoj neovisnosti, odbacila je “ideologiju pater familiasa i žene kao društvenog i kućnog ukrasa”. I tako je svijet dobio novu populaciju i novu kategoriju – samac. To potvrđuju i rezultati posljednjeg popisa stanovništva u Italiji u kojoj živi oko devet milijuna samaca. Iako nema pouzdanih rezultata, procjenjuje se da je i u zemljama Balkana sve više samaca. Isto je i u razvijenim zemljama svijeta.(2,23)

U svijetu su istraživanja pokazala kako se zbog socioekonomskog statusa sve kasnije se osobe upuštaju u duge veze ili brakove. Na uzorku u dobi između 35 i 44 godine pokazalo se kako su samice češće obrazovanije od muškaraca i žive u urbanijim područjima, ili i dalje žive kod roditelja i nemaju djece. Zaista je teško planirati porodični život u roditeljskom stanu i na račun roditelja. Razlog ovakvog stanja je da se sve više žena obrazuje i na selu tako da ne zasnivaju brak sa mještanima kao prije nego traže partnera u gradu. Zbog ovog razloga selo izumire i ostaju u njemu živjeti samo stariji ljudi. Malo obrazovanih žena prihvata da radi tradicionalne seoske poslove kao prije dok nisu bile obrazovane.(19, 20)

Život je škola i ako ništa iz neke neuspjele veze ne naučimo o sebi i smatra se kako je za sve isključivo kriva druga osoba, zato se ponavlja iste greške. Neuspleh bračne zajednice je uvijek uzrokovan greškama oba partnera.

Trend neudanih žena i neoženjenih muškaraca sve više zahvaća i Europu i Ameriku. No, za nadati je se, ponajviše zbog demografske politike, kako ovaj trend ipak neće rasti. Potrebno je društvo mijenjati u smjeru ponovnog balansa: osam sati spavanja, osam sati rada i osam sati slobodnog vremena i u tom bi se slučaju i ovi pokazatelji značajnog broja samaca bi se promijenili. (21,22,23)

Trka za vrijednostima materijalnih dobara potrebno je svesti na razumnu razinu, kako bi si svaki pojedinac svojim radom mogao omogućiti bar prosječno dobar život. A sve dok se svijet promatra iz mikropozicije i mnoge se osobe kao pojedinci osjećaju odvojeno od konteksta društva u kojem žive, budućnost je nesigurna i bezperspektivna. Spoznaja da ako imaš više materijalnih dobara ti ne posjeduješ njih nego one posjeduju tebe.(2,23)

Neophodno je razlikovati osobe koje su odlučile biti samci svojim izborom i one koje trenutno nemaju partnera. Među onima koji su postali samci svojim izborom postoje razlike kod žena i muškaraca. Općenito, kod visoko obrazovanih osoba, s prestižnim i dobro plaćenim poslom nema razlike u zadovoljstvu životom u odnosu na osobe u braku ili vezi. Razlike se nalaze u stupnju osjećaja usamljenosti. Žene češće imaju bolje razvijenu socijalnu

mrežu i bliske emotivne veze s prijateljicama ili rodbinom za razliku od muškaraca, pa se kao samci one osjećaju zadovoljnije od muškaraca. Ima li muškarac samac bar jednu osobu s kojom je emocionalno vezan i kojoj se može povjeriti, osjećaj usamljenosti bit će manji.(22)

Naravno, prekid veze je uvijek krajnje rješenje. Ljudi se ne slušaju, ne komuniciraju, partnere doživljavaju kao nešto što se podrazumijeva, a u vezu treba ulagati, kao i u dobra prijateljstva. Ako smo, bez obzira na trud i posvećenost, svakodnevno nesretni u vezama ili brakovima, smatramo kako nam je bolje prekinuti takvu vezu i dati sebi i svom partneru šansu za neki drugi, bolji život. Ljudi se više boje promjene i osjećaja da će nakon toga zauvijek ostati sami, ali život nam pokazuje da nam novi korak u životu otvara stotine novih vrata. Ono na što trebamo paziti je da ne uđemo opet na ista vrata, nego na druga odškrinuta. Drugim riječima, život je velika lutrija i ako ništa iz neke neuspjele veze nismo naučili o sebi i smatramo kako je isključivo kriva ona druga osoba, opet ćemo ponoviti isto i nanijeti sebi veću bol i patnju te ojačati želju da ostanemo samci. (2,23)

Mnoge žene, iako nisu u vezi, imaju ispunjeniji život nego muškarci. Često je dio njihovog samačkog života i dijete. Često imaju zanimljiv posao i bogat društveni život i dosta prijatelja i bliskih prijateljica. Često su to sretne osobe zadovoljne sobom i svojim načinom života. U slučaju da odluče da promijene svoj status samačke osobe onda to rade promišljeno i interesno prevashodno prema materijalnim ili društvenom statusu muškog partnera

Muškarci kako stare i postaju zreliji, nerijetko postaju i sretniji, jer mnoge stvari vide bolje, više slušaju sebe, svoje potrebe i želje. Njihova potreba za brakom se smanjuje jer racionalne doživljavaju ljubav. Razina naše sreće u tom slučaju ne ovisi samo o tome imamo li ili nemamo partnera. Smatraju da im partner može samo obogatiti život.(2,23)

Žene koje dugo vremena ostanu same, u puno slučajeva ispadnu – najsretnije. Razlog tome je što su se naučile osjećati ugodno u svojoj samoći. Za početak, sposobne se npr. provesti noć same u krevetu, čvrsto spavati i dobro se naspavati. U stanju su odlaziti u kupovinu ili u kafić bez da se osjećaju čudno, jer nemaju nekoga da s njim podijele to iskustvo.

One su na kraju najsretnije, jer imaju vremena usredotočiti se na sebe, djelovati sebično, shvatiti što im je zaista važno. One ostaju u kontaktu sa svojim prijateljima, umjesto da se udaljavaju od njih. Slijede svoje snove i ideale, ne dozvoljavaju im da se izgube. Pobjednice su, posvećene i strastvene. I nitko ih ne može odvratiti od njihovih ciljeva. One kultiviraju svoju neovisnost. Imaju dovoljno novca za plaćanje rate kredita ili stanarine, imaju dovoljno znanja brinuti se same za sebe. Hrabre su i mogu se nositi sa svim nedaćama života. Improviziraju. Inteligentne su, žene su sa mogućnostima za potpuno ispune svoj život.

Žene koje dugo vremena ostanu same shvaćaju da ljubav, možda i ne treba biti središte univerzuma. To nije jedino što im je na umu, razlog za buđenje ujutro i za izlazak noću. Umjesto da upoznaju muškarce, one slijede svoje nade i snove. U potrazi za budućnošću, onako kako su je one zamislile. S muškarcem ili ne, u paru ili ne, u vezi ili braku ili ne. Jer, one žele i ljubav i muškarca i vezu i brak i materijalnu sigurnost. Ali, ne pod svaku cijenu. Ne ako je pogrešno, ne ako je nesretno, ne ako je na silu.(2,23)

Žene koje dugo vremena ostanu same nikad neće izgubiti osjećaj individualnosti. Nikada neće dopustiti da se njihove nade i snovi rastope kako bi se prilagodili osobi koju su

susreli. One će biti s nekim tko ih čini još snažnijima nego što već jesu. Netko tko ih čini još sretnijima nego što već jesu, iako su, za početak, već prilično sretne.(2,23)

Svake godine tisuće Južnokorejaca – uglavnom sredovječnih muškaraca – umiru tiho i sami, odsječeni od porodice i prijatelja. Ponekad su potrebni dani, pa čak i tjedni, prije nego što se pronađu njihova tijela. 'Usamljene smrti' poznate su pod nazivom 'godoksa' na korejskom. Dio je to većeg problema usamljenosti i izolacije, problema protiv kojeg se korejska vlada bori svim silama. (23)

ZAKLJUČAK

Zaključak je da postoje preventivne mjere kojim se obuhvataju proesi da se smanji broj stanovnika koji žive sami i da ne dožive usamljenu smrt. Prevencija je u vidu poboljšanja rada Centara socijalne službe, formiranje klubova sa samce, poticanje osoba za upražnjavanje društvenih kontakata, druženje sa radnim kolegama, prijateljima, prilagođavanju nas, edukaciji i korištenju modernih sredstava za komunikaciju kao i mobilnih telefona, prilagođavanje mjesta življenja potrebama osobe koja živi sama. Pravljenja registra lim situacijama osoba koje žive same i uspostavljanje komunikacije od strane socijalne službe kroz određeni vremenski period, pomoć psihologa, i ljekara porodične medicine.

Posebno bi istakli da je potrebno napraviti edukaciju samaca sa savremenim informativnim tehnologijama, posjedovanje mobilnih telefona i savremenih tehničkih uređaja koji mogu pomoći u savladanju kriznih samačkih trenutaka.

Ovaj rad može poslužiti da se uradi studija koja bi istražila stanje samačkog života i usamljene smrti na teritoriji Bosne i Hercegovine ili nekih njenih dijelova.

LİTERATURA

1. Lee, A. S. H., Soon, L. K., Chan, N. N. Active aging, psychological well-being and quality of life of elderly and pre-elderly Malaysians during movement control periods. *Educational Gerontology*, 2021; 47(8): 353–368.
2. Snell, K. D. M.. The rise of living alone and loneliness in history. *Social History*, 2017; 42(1), 2–28.
3. Nelson-Becker, H., & Victor, C. Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. *Journal of Aging Studies*, 2020; 55.
4. Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. Nobody should die alone. loneliness and a dignified death during the COVID-19 pandemic. *Omega-Journal of death and dying*, 2023; 88(2), 550-569.
5. Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2000; 10(4), 407–417.
6. Gubrium, J. F. Being Single in Old Age. *The International Journal of Aging and Human Development*, 1975; 6(1), 29–41.
7. Freak-Poli, R., Kung, C. S., Ryan, J., & Shields, M. A. Social isolation, social support, and loneliness profiles before and after spousal death and the buffering role of financial resources. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2022; 77(5), 956-971.
8. Klinenberg, E. Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *American Journal of Public Health*, 2016; 106(5), 786–787.
9. Ergin, E., Yildirim, D., Yildiz, C. Ç., & Usenmez, S. Y. The relationship of death anxiety with loneliness and psychological well-being in the elderly living in a nursing home. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2023; 88(1), 333-346.
10. Ho, K. H. M., Yang, C., Ng, M. S. N., Tao, A., & Chan, H. Y. L.. Loneliness at end-of-life: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 2023; 32(17-18), 6179-6195.
11. Aisenberg-Shafran, D., Bar-Tur, L., & Levi-Belz, Y. Who is really at risk? The contribution of death anxiety in suicide risk and loneliness among older adults during the COVID-19 pandemic. *Death Studies*, 2021; 1–6.
12. Akca, F., Kose, I. A. O" lüm Kaygisi O" lçeğ" inin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik

- çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008;11(1): 7–16.
13. Akgül, H., İyaprak, B. . Adaption of Loneliness Scale for Elderly into Turkish culture: Validity and reliability study. Elderly Problems Research Journal, 2015; 8(1): 34–45.
 14. Bassett, J. F., Bussard, M. L. Examining the complex relation among religion, morality, and death anxiety: religion can be a source of comfort and concern regarding fears of death. Omega, 2021; 82(3): 467–487.
 15. Becker, E. The denial of death. Simon & Schuster. 1997. Bilgili, N., Kitis, Y., Ayaz, S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerinde değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 2012;15(1): 81–88.
 16. Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. Public Health, 2020; 186:31–34.
 17. Cavusoglu, C., İleri, I., Tuna Doğrul, R., Özsurekci, C., Caliskan, H., Cemal Kızılarşlanoglu, M., Goker, B. (2020). Relationship between psychological pain and death anxiety with comprehensive geriatric assessment in older adults. Geriatrics & Gerontology International, 2020; 20(11): 1056–1060.
 18. de Jong Gierveld, J., Kamphuis, F. H. The development of a Rasch-type loneliness scale. Applied Psychological Measurement, 1985;9(3): 289–299.
 19. Kasar, K. S., Karaman, E., Sahin, D. S., Yildirim, Y., & Aykar, F. S. Lived in elderly persons relationship between quality of life and death anxiety. Gumushane Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi, 2016; 5(2): 48-55.
 20. Mohammadpour, A., Sadeghmoghadam, L., Shareinia, H., Jahani, S., & Amiri, F. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. Clinical Interventions in Aging, 2018;13(262): 405-410.
 21. Nagaraj, M., Nithyanandan, D. V. (2019). Death anxiety and psychological wellbeing of institutionalized elderly: Relationship, association, and influences of demography. Indian Journal of Gerontology, 2018; 33(3): 255–267.
 22. Nal, B., Avcı, A., Ayyıldız, M. (2016). The correlation between death anxiety and anxiety in elderly with chronic obstructive pulmonary disease. Progress in Health Sciences, 2016;6(1):63–69.
 23. Anonymous. <https://www.tportal.hr>.

RAZUMIJEVANJE PROCESA STARENJA KROZ TEORIJSKE PERSPEKTIVE

Sažetak

Proces starenja je predmet brojnih teorijskih pristupa koji pokušavaju objasniti kako i zašto dolazi do fizičkih, mentalnih i društvenih promjena tokom života.

U ovom radu istražuju se glavne teorije starenja koje se bave različitim aspektima ovog složenog fenomena. Biološke teorije starenja razmatraju mehanizme na molekularnom i ćelijskom nivou, kao što su oštećenje DNK, slobodni radikali i skraćivanje telomera, koji objašnjavaju fizičke promjene povezane sa starenjem. S druge strane, psihološke teorije fokusiraju se na emocionalne i kognitivne promene koje se dešavaju s godinama, uključujući adaptaciju na gubitke i promjene u životnom stilu. Sociološke teorije starenja istražuju ulogu društva, socijalnih normi i institucija u oblikovanju života starijih osoba, kao i načine na koje društva integrišu starije generacije. Kroz analizu različitih teorijskih okvira, rad pruža sveobuhvatan uvid u multidisciplinarni pristup starenju i doprinosi boljem razumevanju ovog prirodnog, ali kompleksnog procesa. Teorija aktivnog starenja naglašava značaj angažovanja starijih osoba u društvenim, fizičkim i mentalnim aktivnostima kako bi se poboljšala njihova kvaliteta života i zdravlje u starijim godinama. Aktivno starenje nije samo fizičko zdravlje, već uključuje i socijalnu participaciju, kontinuirano učenje, kao i mentalnu i emocionalnu dobrobit. Ova teorija pretpostavlja da stariji ljudi mogu i dalje doprinositi društvu, ostati produktivni i ostvariti pozitivne promene u svom životu kroz aktivno učešće u raznim oblastima. Cilj teorije aktivnog starenja je omogućiti starijim osobama da žive što ispunjeniji život, uče i rastu bez obzira na godine, i da i dalje imaju uticaj na svoju zajednicu i društvo.

Ključne riječi: Starenje, starost, teorije starenja

UNDERSTANDING THE AGING PROCESS THROUGH THEORETICAL PERSPECTIVES

Summary

The aging process is the subject of numerous theoretical approaches that attempt to explain how and why physical, mental, and social changes occur throughout life. This paper explores the main theories of aging, which address different aspects of this complex phenomenon. Biological theories of aging examine mechanisms at the molecular and cellular levels, such as DNA damage, free radicals, and telomere shortening, which explain the physical changes associated with aging. On the other hand, psychological theories focus on the emotional and cognitive changes that occur with age, including adaptation to losses and changes in lifestyle. Sociological theories of aging explore the role of society, social norms, and institutions in shaping the lives of older adults, as well as the ways in which societies integrate older generations. Through the analysis of various theoretical frameworks, this paper provides a

comprehensive insight into the multidisciplinary approach to aging and contributes to a better understanding of this natural but complex process. The theory of active aging emphasizes the importance of older individuals' engagement in social, physical, and mental activities to improve their quality of life and health in later years. Active aging is not just about physical health but also includes social participation, continuous learning, as well as mental and emotional well-being. This theory assumes that older people can still contribute to society, remain productive, and achieve positive changes in their lives through active participation in various fields. The goal of active aging is to enable older individuals to live a fulfilling life, continue learning and growing regardless of age, and still have an impact on their community and society.

Keywords: Aging, old age, theories of aging

1. Uvod

Starenje je kompleksan biološki proces koji uključuje niz fizioloških promjena u organizmu. Iako nije potpuno razjašnjeno što tačno "pokreće" početak starenja, nekoliko ključnih faktora i okidača smatraju se centralnim u razvoju starenja na molekularnoj i ćelijskoj razini. Ovi okidači mogu biti unutrašnji (genetski) ili vanjski (okolišni), a oni pokreću niz mehanizama koji rezultiraju smanjenje funkcionalnosti i vitalnosti ćelija, tkiva i organa. Starenje je multifaktorski proces koji se pokreće nizom unutrašnjih i vanjskih faktora. Oksidativni stres, skraćivanje telomera, akumulacija oštećenja u mitohondrijama, genetske promjene, inflamacija, smanjenje regeneracije i hormonalne promjene, svi doprinose procesu starenja. Iako svaki od ovih faktora može biti okidač za početak starenja, njihova međusobna interakcija najvjerojatnije predstavlja ključni mehanizam koji pokreće i oblikuje starenje organizma.

Organizam može funkcionirati na različite načine u zavisnosti od toga koliko energije ima na raspolaganju, ali važno je napomenuti da se efikasnost i raspoloživa energija često ne izražavaju samo u postocima jer su povezani s nekoliko faktora: količinom unijete hrane, nivoima fizičke aktivnosti, metabolizmom, zdravljem organizma, kao i specifičnim energetske potrebama u određenim uvjetima (poput bolesti ili stresa). Proces starenja je individualan, ali općenito se smatra da organizam počinje pokazivati znakove starenja, uključujući gubitak proteina, nakon 30. godine života. Od tog trenutka, tijelo počinje prirodno gubiti mišićnu masu (proces poznat kao sarkopenija), a proizvodnja proteina u mišićima se smanjuje. Ovaj gubitak proteina može se ubrzati s godinama, osobito nakon 50. godine, kada opada i proizvodnja hormona poput testosterona i hormona rasta, koji su ključni za izgradnju i održavanje mišićne mase.

2. GLAVNI OKIDAČI POČETKA STARENJA ORGANIZMA

1. **Oksidativni stres:** Oksidativni stres, koji nastaje uslijed nakupljanja slobodnih radikala u organizmu, jedan je od glavnih pokretača starenja. Slobodni radikali oštećuju ćelijske komponente poput DNK, proteina i lipida, što uzrokuje smanjenje funkcionalnosti ćelija i ubrzo degeneraciju tkiva. Ovaj proces nastavlja se s godinama, kada obrambeni mehanizmi organizma postaju sve manje učinkoviti.

2. **Kratke telomere:** Telomeri su zaštitne "kapice" na krajevima kromosoma koje sprječavaju da DNK tokom ćelijskog diobe dođe u kontakt s drugim kromosomima. Svaki put

kada se ćelija podijeli, telomere se skraćuju. Kada telomerie postanu previše kratke, ćelija više ne može da se dijeli, što dovodi do njenog umiranja ili prelaska u stanje nazvano "senescencija" (starost ćelije). Ovaj proces je povezan s usporavanjem rasta i regeneracije tkiva, što doprinosi starenju organizma.

3. Genetski programirano starenje: Prema nekim teorijama, starenje je programirano u našim genima. To znači da postoji određeni genetski program koji uvodi ćelije u stanje starenja nakon određenog broja podjela. Ovi procesi obuhvataju promjene u ekspresiji gena koji su odgovorni za rast, popravak i smrt ćelija. Na primjer, s vremenom dolazi do smanjenja aktivnosti gena koji kontroliraju popravak DNK i održavanje homeostaze unutar ćelija.

4. Akumulacija oštećenja u mitohondrijama: Mitohondrija, koja je odgovorna za proizvodnju energije u ćelijama, također je podložna oštećenju tokom vremena. Kako se starenje odvija, mitohondrijska DNK može se oštetiti uslijed oksidativnog stresa i smanjenje učinkovitosti popravka mitohondrijske DNK, što smanjuje proizvodnju energije i povećava slobodne radikale. Ova smanjenja u mitohondrijskoj funkciji mogu uzrokovati opće slabljenje ćelija i tkiva.

5. Hromatske promjene u epigenomima: Epigenetika se bavi promjenama u ekspresiji gena koje nisu rezultat promjena u samoj DNK. Promjene u načinu na koji su geni "upisani" i "isključeni" tokom vremena mogu biti ključne za starenje. Na primjer, hemijske promjene u DNK, poput metilacije, mogu dovesti do smanjenja sposobnosti organizma za popravak oštećenja, što pogoršava proces starenja.

6. Inflamacija (upala) povezana sa starenjem: S godinama, organizam postaje sve podložniji hroničnoj, niskog intenziteta upali, poznatoj kao "inflammaging". Ovaj proces karakteriziraju povišene razine upalnih molekula (poput citokina) u tijelu, što može oštetiti tkiva i ubrzati razvoj bolesti povezanih sa starenjem, poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa tipa 2, neurodegenerativnih bolesti i sličnih upala.

7. Gubitak homeostaze i smanjenje regeneracije: S godinama, sposobnost organizma da održava homeostazu (ravnotežu u unutrašnjem okruženju) opada. To uključuje smanjenje sposobnosti organizma za regeneraciju oštećenih tkiva, smanjenje imuniteta i smanjenje sposobnosti za odgovor na stresne uvjete. Smanjenje regenerativnih sposobnosti može dovesti do slabljenja organa, mišića i drugih ključnih sustava u organizmu.

8. Hormonalne promjene: Hormoni igraju važnu ulogu u regulaciji mnogih fizioloških procesa, uključujući metabolizam, rast i regeneraciju. Kako starimo, dolazi do smanjenja proizvodnje određenih hormona, kao što su testosteron, estrogen, hormon rasta, DHEA (dehidroepiandrosteron) i melatonin. Ove promjene mogu usporiti proces obnove i regeneracije, čineći tijelo podložnijim starenju.

9. Senescencija ćelija: Senescencija je stanje u kojem ćelije više nisu sposobne za daljnji rast i podjelu, ali ne umiru. Ove ćelije mogu se nakupiti u tkivima i pridonositi upalama i oštećenju okolnih ćelija. Iako senescencija može spriječiti širenje oštećenih ćelija, njezina dugoročna prisutnost može negativno utjecati na funkcionalnost tkiva i ubrzati starenje.

3. FAKTORI KOJI UTIČU NA ENERGETSKU EFIKASNOST ORGANIZMA

1. Bazalna metabolička stopa (BMR): Bazalna metabolička stopa predstavlja količinu energije koju tijelo troši u mirovanju kako bi održalo osnovne fiziološke funkcije kao što su disanje, cirkulacija, kontrola tjelesne temperature i funkcionisanje organa. Ovaj energetski

trošak je osnovni preduvjet za funkcionisanje organizma, pa ako je smanjen unos energije (kroz kalorijski deficit ili neadekvatnu ishranu), tijelo može funkcionisati samo na minimalnoj količini energije.

2. Količina unijete hrane i energije: Količina energije koju unosimo kroz hranu direktno utiče na to koliko energije organizam može koristiti za fizičke aktivnosti, mentalne funkcije i regeneraciju. Ako unosimo dovoljno kalorija (hranjivih tvari i energije), organizam može funkcionisati na optimalnim nivoima. Ako je unos energije manji od potrebnog (kao u slučaju gladovanja ili niskokaloričnih dijeta), tijelo prelazi u stanje štednje energije, usmjeravajući resurse samo na najvažnije funkcije, a ostale funkcije se smanjuju. U ekstremnim slučajevima, ovo može dovesti do smanjenja mišićne mase, smanjenog imuniteta i drugih problema.

3. Fizička aktivnost: U zavisnosti od nivoa fizičke aktivnosti, organizam troši različite količine energije. U stanju mirovanja, tijelo koristi energiju iz masti i glukoze za održavanje osnovnih funkcija, dok tokom fizičkih aktivnosti koristi više energije, često iz ugljenih hidrata i masti. Ako se organizam preopterećuje fizičkim naporima bez dovoljnog unosa energije, može doći do umora, iscrpljenosti i smanjenja efikasnosti.

4. Stres i mentalne aktivnosti: Iako se najveći energetske trošak povezuje sa fizičkim naporom, mentalne aktivnosti takođe zahtijevaju energiju, iako u manjoj mjeri. Međutim, dugotrajan stres ili intelektualni naponi mogu povećati potrebu za energijom, jer organizam u tim trenucima izlučuje hormonske odgovore koji povećavaju potrošnju energije.

5. Metabolički uvjeti i bolesti: Kroz različite metaboličke uvijete, kao što su dijabetes, hipotiroidizam ili hipertiroidizam, organizam može imati povećanu ili smanjenu energetske potrošnju. Na primer, kod hipertiroidizma metabolizam je ubrzan, pa tijelo troši više energije, dok kod hipotiroidizma metabolizam može biti usporen, što znači da organizam može funkcionisati s manjom količinom energije.

6. Adaptacija na nisku energetske potrošnju: Ako tijelo doživi produženi period smanjenog unosa hrane, može doći do adaptacije, gdje organizam postepeno smanjuje svoju energetske potrošnju na minimum potreban za preživljavanje.

4. TEORIJE STARENJA

Teorije starenja još uvek nisu potpuno jasne i precizne, ali postoje nekoliko dominantnih teorija koje pokušavaju da objasne zašto i kako dolazi do starenja.

1. Teorija o oštećenju slobodnim radikalima: Slobodni radikali su nestabilne molekule koje oštećuju ćelije, proteine, DNK i druge vitalne dijelove organizma. Tokom vremena, ova oštećenja se akumuliraju, što vodi starenju i razvoju bolesti.

2. Teorija o smanjenju funkcije mitohondrija: Mitohondriji su ćelijski organeli odgovorni za proizvodnju energije. Sa starenjem, funkcija mitohondrija opada, što smanjuje energiju dostupnu ćelijama i dovodi do njihovog starenja i smrti.

3. Teorija o oštećenju DNK: Tokom života, DNK u ćelijama može biti oštećena različitim faktorima (UV zračenje, zagađenje, procesi metabolizma), a kako starimo, sposobnost ćelija da popravljaju tu oštećenu DNK opada, što doprinosi starenju.

4. Teorija o smanjenju telomera: Telomere su zaštitne kapice na krajevima hromozoma koje štite DNK od oštećenja. Svaki put kada se ćelija dijeli, telomere se skraćuju, a kad postanu prekratke, ćelija više ne može da se dijeli i umire, što može dovesti do starenja organizma.

5. Teorija o genetskom programiranju: Ova teorija sugerira da je starenje u velikoj mjeri programirano u našim genima. Postoje specifični geni koji regulišu starenje i životni vijek, a s vremenom oni počinju da funkcionišu manje efikasno.

Iako nijedna teorija nije potpuno dokazano tačna, sve ove teorije ukazuju na to da je starenje složen i višefaktorski proces. Nauka nastavlja da istražuje sve ove procese kako bi bolje razumijela kako se starenje dešava i kako se možda može usporiti ili čak obrnuti.

Postoji nekoliko teorija o starenju, a koje se smatraju prihvatljivim ili neprihvatljivim a koje često zavise od stava i istraživanja naučnika. Neke teorije starenja su postale manje prihvaćene ili su se pokazale manje vjerodostojnim u odnosu na nove naučne spoznaje.

Evo nekoliko teorija koje su izgubile na prihvatanju:

1. Teorija „trošenja“ (Wear and Tear Theory) – Ova teorija sugerira da se tijelo "troši" kao mašina, zbog čega nastaju oštećenja na tijelu kroz vrijeme. Danas se smatra previše pojednostavljenom, jer ne uzima u obzir sposobnost regeneracije organizma, kao ni biološke procese na molekularnom nivou koji se dešavaju tokom života.

2. Teorija „genetskog predodređenja“ (Programmed Aging Theory) – Prema ovoj teoriji, starenje je genetski programirano i posljedica je bioloških mehanizama koji se aktiviraju sa starenjem. Iako su genetski faktori važni za zdravlje, danas se smatra da faktori poput okoline, načina života i drugih spoljašnjih uticaja igraju ključnu ulogu u procesu starenja.

Teorija „slobodno radikalne oksidacije“ (Free Radical Theory of Aging) – Ova teorija predlaže da slobodni radikali (nestabilni molekuli koji mogu izazvati oštećenje ćelija) uzrokuju starenje. Iako je ova teorija bila vrlo popularna, posljednja istraživanja sugeriraju da nije samo oksidativni stres taj koji je odgovoran za starenje, već da su u igri i drugi faktori poput upale i epigenetike. U kontekstu mitohondrija, SOS signalizacija označava mehanizme koje ćelija aktivira kao odgovor na oksidativni stres. Kada mitohondrije osjete visoku koncentraciju slobodnih radikala, mogu aktivirati signalizacijske puteve koji imaju za cilj smanjenje oštećenja i obnovu ćelijskih struktura. Na primjer, može doći do povećane proizvodnje antioksidativnih enzima koji neutraliziraju slobodne radikale ili aktiviranja procesa popravka mitohondrijske DNK.

Međutim, ako oksidativni stres postane prekomjeran, ovi obrambeni mehanizmi mogu biti nedovoljni, što rezultira većim oštećenjima i ubrzanim starenjem ćelija.

Ukratko, teorija slobodne radikalne oksidacije ističe ključnu ulogu slobodnih radikala u procesu starenja, s posebnim naglaskom na utjecaj oksidativnog stresa na mitohondrije, čiji je zdravlje od presudne važnosti za održavanje energetske ravnoteže i funkcionalnosti ćelija.

Teorija „mitohondrijskog starenja“ (Mitochondrial Theory of Aging) je teorija koja predlaže da mitohondrija, ključna organela za proizvodnju energije u ćelijama, igra centralnu ulogu u procesu starenja. Ova teorija se temelji na ideji da oštećenja mitohondrijske funkcije tokom vremena, uslijed oksidativnog stresa i drugih faktora, mogu dovesti do smanjenja energetske proizvodnje i oštećenja drugih ćelijskih struktura, što dovodi do starenja i razvoja povezanih bolesti.

3. Teorija „mitohondrijskog starenja“ (Mitochondrial Theory of Aging) – Ova teorija sugerira da oštećenja koja nastaju u mitohondrijama (energetskim centrima ćelije) dovode do starenja. Iako su mitohondrije zaista važan faktor u starenju, recentna istraživanja pokazuju da biološki procesi koji se odvijaju u mitohondrijama nisu jedini odgovorni za starenje.

Da bi teorija starenja bila prihvaćena, potrebno je da pruži uvjerljive dokaze i objasni širok spektar fenomena vezanih za starenje, uključujući genetiku, okolinu, životni stil, epigenetiku, imunološki sistem, i druge biološke aspekte. Naučna zajednica danas ne vidi nijednu od teorija kao potpuno objašnjenje starenja, već se starenje smatra složenim procesom sa mnogim međusobno povezanim faktorima.

Teorija „trošenja“ ili „habanja“ (Wear and Tear Theory) smatra se jednom od najstarijih teorija o starenju. Prema ovoj teoriji, tijelo stari jer su svi njegovi djelovi podložni fizičkom „trošenju“ tokom vremena, slično mašini ili aparatu koji se vremenom oštećuje zbog stalnog korišćenja. Iako ova teorija ima dozu logike, kasnija istraživanja su pokazala mnoge slabosti. Mitohondrije, koje se često nazivaju "energetskim centrima" ćelija, igraju ključnu ulogu u proizvodnji ATP-a (adenozin trifosfata), koji je osnovni izvor energije za ćelijske procese. Takođe, mitohondrije su glavni izvor slobodnih radikala u ćelijama, posebno tijekom proizvodnje energije kroz proces respiracije.

Slobodni radikali mogu oštetiti mitohondrijsku DNK, proteine i lipide, što dovodi do smanjenja funkcionalnosti mitohondrija i smanjenja njihove sposobnosti da proizvode energiju. Ova oštećenja mogu izazvati još veće stvaranje slobodnih radikala u mitohondrijama, stvarajući ciklus oksidativnog stresa koji pogoršava starenje i doprinosi razvoju različitih bolesti povezanih sa starenjem, kao što su neurodegenerativne bolesti (Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest) i kardiovaskularne bolesti. *Mitohondrijsko starenje i degenerativne bolesti:* Oštećenje mitohondrija povezano je s brojnim bolestima koje su povezane sa starenjem. Na primjer, neurodegenerativne bolesti poput Alzheimerove bolesti, Parkinsonove bolesti, pa čak i srčane bolesti, mogu biti posljedica smanjenja učinkovitosti mitohondrija. Kada mitohondrije više ne mogu održavati odgovarajući energetski nivo, ćelije u određenim tkivima, kao što su mozak i srce, mogu prestati funkcionirati ispravno.

Mitohondrijska biogeneza i starenje: Biogeneza mitohondrija odnosi se na proizvodnju novih mitohondrija u ćeliji. S godinama, sposobnost ćelija da stvaraju nove mitohondrije opada. Takođe, s vremenom dolazi do akumulacije oštećenih mitohondrija, što dodatno smanjuje kapacitet za proizvodnju energije. To može dovesti do smanjenja fizičkih sposobnosti, slabosti mišića i smanjenja metabolizma.

4.1. Glavni postulati teorije

– **Stalno korišćenje dovodi do oštećenja:** Prema ovoj teoriji, svi dijelovi našeg tijela se postepeno „troše“ i oštećuju zbog svakodnevnih aktivnosti i izloženosti spoljnim faktorima (kao što su zagađenje, stres, UV zračenje, itd.). To oštećenje se nakuplja tokom vremena, što vodi u degeneraciju tkiva, smanjenje funkcionalnosti organa i na kraju u starenje.

– **Fizičko habanje:** Teorija se temelji na ideji da su organi i tjelesni sistemi poput mašina, pa samim tim, kako starimo, više se troše i manje funkcionišu. Na primer, zglobovi mogu postati „istrošeni“ zbog ponovljenih pokreta i opterećenja, srce može oslabiti od dugotrajnog napora, a koža može izgubiti elastičnost zbog izlaganja suncu.

Navedene teorije imaju nekoliko nedostataka:

1. **Regeneracija tijela:** Jedna od glavnih kritika ovoj teoriji jeste činjenica da ljudsko tijelo ima nevjerovatnu sposobnost regeneracije. Na primer, ćelije u koži se stalno obnavljaju, a tijelo ima mehanizme za popravku oštećenja na ćelijskom nivou. Dakle, nije baš tačno da tijelo ne može da se popravi ili obnovi.

2. **Biološke specifičnosti:** Neka tijela, poput srca ili jetre, imaju sposobnost regeneracije čak i nakon dugotrajnog stresa i oštećenja. Na primer, mnogi ljudi mogu preživjeti ozbiljna

oštećenja srca, a organi kao što je jetra mogu rasti i regenerisati se. To ukazuje da proces starenja nije samo rezultat fizičkog trošenja, već uključuje složenije biološke procese.

3. **Genetski faktori:** Ova teorija nije uzimala u obzir ulogu genetike u starenju. Danas znamo da su genetski faktori, epigenetika i različiti biološki mehanizmi ključni za proces starenja. Neki ljudi mogu imati duži životni vijek, čak i uz izlaganje velikim stresorima, dok drugi mogu pretrpeti oštećenja ranije u životu zbog genetskih predispozicija.

4. **Nema objašnjenja za "biološke kvarove":** Teorija „trošenja“ ne objašnjava sve biološke kvarove koji se dešavaju sa starenjem. Na primjer, zašto dolazi do smanjenja funkcionalnosti imunološkog sistema, ili zašto telo postaje podložnije bolestima sa godinama, kada te funkcije nisu nužno povezane sa fizičkim trošenjem?

4.2. Doprinos teoriji

Iako nije u potpunosti tačna, teorija „trošenja“ je imala značajan uticaj na početne teorije o starenju. Ona je postavila temelj za razumevanje da je proces starenja povezan s postupnim gubitkom funkcionalnosti tijela. Takođe, ova teorija je pomogla da se usmjeri pažnja na važnost zdravlja zglobova, organa, i opšte fizičke kondicije u starijoj dobi.

Danas, iako ova teorija nije univerzalno prihvaćena, može biti korisna u kontekstu razumijevanja fizičkog opterećenja na tijelo i važnosti prevencije oštećenja i očuvanja zdravlja tokom života. Moderni pristupi starenju koriste kombinaciju teorija, uključujući genetske, epigenetičke i faktore životne sredine.

Teorija „genetskog predodređenja“ (Programmed Aging Theory) sugerise da je starenje biološki programiran proces koji je unapred određena u našem genomu. Prema ovoj teoriji, organizmi imaju ugrađene genetske mehanizme koji postepeno pokreću procese starenja i smanjenje funkcionalnosti organizma s vremenom. Ova teorija se oslanja na pretpostavku da tijelo stari zbog programiranih „signalizacija“ unutar DNK, a ne samo zbog spoljnog stresa ili „trošenja“.

4.3. Osnovni principi teorije „genetskog predodređenja“

1. Genetski mehanizam starenja:

– Prema ovoj teoriji, starenje nije rezultat slučajnog oštećenja ćelija ili tijela, već je to proces koji je biološki „programiran“ u genetskom kodu. To znači da specifični geni ili serije gena pokreću promjene koje smanjuju sposobnost organizma da se regeneriše i održava svoju funkcionalnost kako starimo.

– Genetske sekvence u našem genomu mogu imati uticaj na proces koji reguliše dužinu života, smanjenje sposobnosti za samoobnavljanje, i na ponašanje ćelija u kasnijim fazama života.

2. Tjelesna adaptacija i hormonska signalizacija

– Ova teorija takođe uključuje ulogu hormona i drugih bioloških molekula koji igraju ključnu ulogu u regulaciji procesa starenja. Na primer, hormoni koji se luče tokom života (kao što su estrogen, testosteron, i hormoni rasta) imaju značajnu ulogu u rastu, regeneraciji i održavanju funkcionalnosti. Međutim, tokom vremena, ovi hormoni postepeno gube efikasnost, što može biti deo „programiranog“ procesa starenja.

– Teorija sugerira da tijelo dolazi do tačke kada prestaje da bude efikasno u održavanju tih sistema, što dovodi do opadanja telesnih funkcija.

3. Programirano smanjenje funkcionalnosti:

– Genetski predodređeno starenje može biti povezano s programiranim smanjenjem broja ćelija ili njihovih funkcija. Na primer, u nekim slučajevima tijelo smanjuje proizvodnju novih ćelija u određenim tkivima, kao što su mišići ili koža, što dovodi do degeneracije organa.

– Takođe, tijelo može prestati da proizvodi neke proteine potrebne za regeneraciju ili zaštitu od stresa, što dovodi do slabijeg imuniteta i veće ranjivosti na bolesti.

Teorija "genetske slabe karike": Mitohondrijska DNK, koja je sklona oštećenju, nije popravka tako efikasna kao nuklearna DNK, jer mitohondrije imaju samo ograničene mehanizme za popravak oštećenja. Kako godine prolaze, nakupljanje oštećenja mitohondrijske DNK može smanjiti funkcionalnost mitohondrija, što je povezano s fiziološkim procesima starenja, poput slabljenja imuniteta, gubitka mišićne mase i smanjenja energetske sposobnosti organizma.

4. Teorija telomera i telomerase

– Jedan od ključnih aspekata ove teorije jeste uloga telomera i telomerase. Telomere su krajevi hromozoma koji štite DNK od oštećenja prilikom deobe ćelija. Svaki put kada se ćelija dijeli, telomere postaju kraće. Nakon određenog broja podjela, telomere postaju toliko kratke da ćelija više ne može da se djeli, što znači da ne može da se regeneriše. To je jedan od bioloških mehanizama koji se povezuju sa starenjem, a proces skraćivanja telomera je regulisan genetski.

– Telomeraza je enzim koji pomaže u obnavljanju telomera, ali kod ljudi, proizvodnja telomerase opada s godinama. Prema ovoj teoriji, smanjenje telomerase i skraćivanje telomera može biti programirani mehanizam starenja.

2. **Teorija "genetske slabe karike":** Mitohondrijska DNK, koja je sklona oštećenju, nije popravka tako efikasna kao nuklearna DNK, jer mitohondrije imaju samo ograničene mehanizme za popravak oštećenja. Kako godine prolaze, nakupljanje oštećenja mitohondrijske DNK može smanjiti funkcionalnost mitohondrija, što je povezano s fiziološkim procesima starenja, poput slabljenja imuniteta, gubitka mišićne mase i smanjenja energetske sposobnosti organizma.

5. Apoptoza i smanjenje sposobnosti za popravku

– Programirano starenje takođe uključuje proces apoptoze, što je „programirana smrt ćelija“. Neke ćelije u tijelu imaju genetski kodiran mehanizam za samoubijanje, što je u osnovi normalan deo životnog ciklusa. Međutim, kako starimo, ovaj proces može postati previše aktivan i može uništiti vitalne ćelije ili tkiva koja su potrebna za održavanje funkcije organa.

– Pored toga, sa starenjem dolazi do smanjenja sposobnosti organizma za popravku oštećenih ćelija ili DNK, što povećava nakupljanje oštećenja u telu.

4.3.1. Kritike teorije genetskog predodređenja:

Iako ova teorija pruža važnu perspektivu u vezi sa starenjem, postojale su i kritike koje ukazuju na njene slabosti:

1. **Genetska fleksibilnost:** Iako genetika igra značajnu ulogu, pokazalo se da faktori poput načina života, ishrane, stresa, i okoline mogu značajno uticati na dužinu života. Ovo sugerise da starenje nije isključivo programirano.

2. **Evolucijski aspekt:** Neki naučnici tvrde da evolucija ne bi „programirala“ starenje, jer starenje može smanjiti sposobnost preživljavanja i reprodukcije. Prema ovoj kritici, starenje bi moglo biti rezultat evolucijskog "kompromisa" ili nusprodukta drugih bioloških procesa, kao što su greške u kopiranju DNK tokom reprodukcije.

3. **Genetska razlika među vrstama:** Različite vrste se staraju na različite načine, a neke vrste imaju sposobnost produženja života ili regeneracije koje ljudi nemaju. Ovo ukazuje na to da biološki program starenja može biti fleksibilan, a ne striktno genetski predodređen.

Teorija „genetskog predodređenja“ nudi ideju da starenje nije slučajan proces, već da je to biološki program koji je ukorijenjen u našim genima. Iako je ta teorija uticala na razumjevanje starenja, današnja istraživanja pokazuju da je starenje daleko složeniji proces, sa značajnom ulogom spolnog okruženja, životnog stila i drugih faktora koji mogu uticati na način na koji naše tijelo stari.

Teorija „slobodno radikalne oksidacije“ (Free Radical Theory of Aging) predložena je 1956. godine od strane Denhama Harmana, a temelji se na ideji da starenje i mnoge bolesti povezane sa starenjem nastaju zbog nakupljanja oštećenja uzrokovanih slobodnim radikalima u tijelu. Slobodni radikali su molekule ili atomi koji imaju nesparen elektron, što ih čini vrlo reaktivnima. Ovi radikali mogu oštetiti različite molekule u tijelu, uključujući lipide, proteine i DNK, što dovodi do njihovih funkcionalnih smetnji.

4.3.1.1. Osnovne postavke teorije

Starenje i slobodni radikali: Prema ovoj teoriji, slobodni radikali nastaju kao nusprodukti normalnih bioloških procesa, poput disanja i metabolizma. Međutim, prekomjerna količina slobodnih radikala može izazvati oksidativni stres, što rezultira oštećenjem ćelijskih struktura, uključujući membrane, proteine i genetski materijal.

Oksidativni stres: Oksidativni stres nastaje kada je ravnoteža između proizvodnje slobodnih radikala i obrambenih mehanizama tijela (poput antioksidativnih enzima) narušena. Ovo neravnotežno stanje može dovesti do niza negativnih efekata, uključujući smanjenje funkcionalnosti mitohondrija, što je povezano s procesima starenja i razvojem bolesti.

Oksidativna oštećenja mitohondrija: Slobodni radikali, kao što su superoksidni anioni (O_2^-) i peroksidni radikali (H_2O_2), mogu oštetiti mitohondrijsku DNK, proteine i lipide. Ova oštećenja smanjuju učinkovitost mitohondrija, što vodi do smanjenja proizvodnje energije i povećanja proizvodnje slobodnih radikala, stvarajući negativan ciklus. Slična teoriji slobodnih radikala, mitohondrijsko starenje takođe uključuje ulogu oksidativnog stresa. Slobodni radikali koji nastaju tokom disanja oštećuju mitohondrijsku DNK, a kad dođe do nakupljanja oštećenja, mitohondrija postaje manje učinkovita. Kroz negativne povratne petlje u kojima oštećenje mitohondrijske DNK dovodi do još većeg stvaranja slobodnih radikala, organizam postaje podložniji procesima starenja.

Mitohondrija kao energetski centar ćelije: Mitohondrija je odgovorna za proizvodnju ATP-a (adenozin trifosfata), molekule koja služi kao primarni izvor energije u ćelijama. Ovaj proces

se odvija kroz stanično disanje, u kojem mitohondrije koriste kisik i hranjive tvari (kao što su glukoza i masne kiseline) kako bi proizvele energiju.

Mitohondrijska DNK i oksidativni stres: Mitohondrije imaju vlastitu DNK koja je naslijeđena isključivo od majke i koja kodira nekoliko ključnih proteina koji su potrebni za mitohondrijsku funkciju. Ove mitohondrijske DNK molekule su izložene većem riziku od oštećenja zbog toga što se nalaze unutar mitohondrija, koje su glavni izvor slobodnih radikala. Slobodni radikali nastaju kao nusproizvodi staničnog disanja, a budući da mitohondrije nemaju istu zaštitu od oksidativnog stresa kao jezgra ćelije, mitohondrijska DNK može biti oštećena brže.

Teorija mitohondrijskog starenja naglašava da mitohondrija, kao središnja stanica za proizvodnju energije, ima ključnu ulogu u starenju organizma. Oštećenja mitohondrijske DNK i smanjenje njihove funkcionalnosti kroz oksidativni stres dovode do smanjenja energetske proizvodnje i povećanog rizika za razvoj degenerativnih bolesti. Kako starenje napreduje, mitohondrijska funkcija slabi, što ima dugoročne učinke na opće zdravlje i vitalnost organizma.

Genetski faktori igraju značajnu ulogu u životnoj dobi čovjeka, ali nisu jedini faktor. Neki istraživači sugeriraju da bi ljudska vrsta mogla teoretski živjeti do 120-125 godina, temeljeći se na genetskom potencijalu koji je već prisutan u ljudskom genomu. Najstarija osoba čije je postojanje potvrđeno bila je Jeanne Calment iz Francuske, koja je živjela 122 godine.

Međutim, genetika sama po sebi nije dovoljna za postizanje maksimalne životne dobi. Okolinski faktori, poput prehrane, tjelesne aktivnosti, stresa, izloženosti toksinima i kvalitetne zdravstvene skrbi, također značajno utječu na duljinu života. Dakle, dok genetski potencijal može postaviti granicu, stvarni životni vijek ovisi i o načinu života i okolišu.

Najviše se dijeli **stanica kože** (keratocit), jer se brzo obnavlja zbog stalnog izlaganja vanjskim utjecajima i potrebe za regeneracijom kože. Osim toga, stanice kože imaju visoki mitotski indeks, što znači da se često dijele.

S druge strane, **neurološke stanice** (neuroni) se najmanje dijele, jer većina neurona ne prolazi kroz mitozu nakon što su jednom formirani, a oštećenje ili smanjenje broja neurona može dovesti do ozbiljnih oštećenja u funkcioniranju organizma.

5. ZAKLJUČAK

Zaključno, starenje je multidimenzionalan proces koji uključuje međudjelovanje genetskih, epigenetskih i okolišnih faktora. Iako još uvijek nedostaju jednoznačne teorije koje bi sveobuhvatno objasnile ovaj složeni fenomen, trenutna istraživanja pružaju vrijedne uvide u fiziološke mehanizme koji podupiru razumijevanje procesa starenja.

"Dostojanstveno starenje" je koncept koji se odnosi na pravo starijih osoba da uživaju u životu, u okolnostima koje im omogućuju da ostanu aktivni, zdravi i uključeni u društvo. Društvo može učiniti mnogo kako bi podržalo dostojanstveno starenje. Evo nekoliko ključnih aspekata:

1. **Pristup zdravstvenoj skrbi:** Osiguravanje da stariji ljudi imaju pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi, uključujući prevenciju, liječenje i rehabilitaciju. Također, bitno je osigurati mentalno zdravlje i skrb o demenciji i drugim psihičkim oboljenjima koja mogu nastati s godinama.

2. **Podrška u društvenoj integraciji:** Starenje ne bi trebalo značiti izolaciju. Država i zajednica trebaju pružiti mogućnosti za društvenu uključenost, volontarizam, obrazovanje, aktivnosti i hobbije, kako bi starije osobe ostale povezane s društvom.

3. **Prilagodba urbanih prostora:** Gradovi i naselja trebaju biti prilagođeni potrebama starijih osoba, s naglaskom na pristupačnost i sigurnost (rampe, javni prijevoz, javni prostori, pristup trgovinama i uslugama).

4. **Edukacija o starenju:** Potrebno je educirati društvo o izazovima starenja kako bi se smanjila stigma i negativni stereotipi prema starijim osobama. Važno je promicati pozitivnu sliku starijih ljudi i njihovog doprinosa društvu.

5. **Osiguranje financijske sigurnosti:** Pružanje adekvatnih mirovina i socijalnih usluga kako bi stariji ljudi imali financijsku sigurnost i mogli živjeti dostojanstveno, bez straha od siromaštva.

6. **Pristup dugotrajnoj skrbi:** Za starije osobe koje ne mogu živjeti potpuno neovisno, trebaju postojati opcije za dugoročnu skrb, bilo kroz obitelj, medicinske ustanove ili profesionalne usluge, uz poštovanje njihove autonomije i digniteta.

7. **Promicanje aktivnog starenja:** Podrška aktivnom starenju, što uključuje fizičke aktivnosti, mentalne vježbe, društvene interakcije i cjeloživotno učenje, kako bi starije osobe održale svoju vitalnost i kvalitetu života.

Ako ne postoje jasne i sveobuhvatne znanstvene teorije koje objašnjavaju starenje, u zaključku možemo navesti ključne fiziološke promjene i faktore koji su prepoznati kao povezani sa starenjem na temelju trenutnih saznanja. Evo prijedloga kako to formulirati:

Iako precizan uzrok starenja ostaje kompleksan i nedovoljno razjašnjen, smatra se da proces starenja uključuje kombinaciju različitih faktora na molekularnoj, staničnoj i sistemskoj razini.

Fiziološka promišljanja o starenju obuhvaćaju:

1. **Oksidativni stres:** S vremenom dolazi do nakupljanja oštećenja uzrokovanih slobodnim radikalima, što može dovesti do oštećenja DNA, proteina i lipida.

2. **Skraćivanje telomera:** Tokom stanične diobe, telomere – zaštitni dijelovi na krajevima kromosoma – postupno se skraćuju, što može ograničiti sposobnost stanica za obnavljanje.

3. **Promjene u epigenetskoj regulaciji:** S godinama dolazi do promjena u ekspresiji gena, što može utjecati na funkciju stanica i tkiva.

4. **Smanjena funkcija mitohondrija:** Mitohondriji, kao energetske centre stanica, s godinama postaju manje učinkoviti, što može rezultirati smanjenjem energije potrebne za održavanje normalnih tjelesnih funkcija.

5. **Akumulacija oštećenih stanica:** Pojava stanične senescencije (stanice koje su izgubile sposobnost diobe) i njihov utjecaj na okolna tkiva može doprinijeti starenju.

6. **Upalne reakcije niskog intenziteta (inflammaging):** Kronični upalni procesi s niskim intenzitetom, karakteristični za stariju dob, dodatno doprinose degenerativnim promjenama u organizmu.

7. U okviru aktivnog starenja, važno je: Fizička aktivnost: Održavanje tjelesne kondicije kroz vježbanje, šetnje, jogu ili bilo koju vrstu fizičke aktivnosti koja doprinosi zdravlju. Društvena aktivnost: Povezivanje sa prijateljima, porodicom i zajednicom kako bi se spriječila socijalna izolacija, koja može negativno uticati na mentalno zdravlje. Kognitivna stimulacija: Aktivnosti koje stimuliraju mozak, kao što su čitanje, rešavanje zagonetki, učestvovanje u obrazovnim programima ili učenje novih vještina. Emocionalna dobrobit: Održavanje pozitivnog stava prema starenju, prihvatanje prirodnog toka života i razvoj strategija za upravljanje stresom. Na kraju, cilj je prikazati starenje kao dinamičan i složen proces koji zahtjeva integraciju različitih teorijskih perspektiva za bolje razumijevanje i upravljanje procesima starenja u društvu. ⁽¹⁻⁹⁾

Reference

1. Davalli P, Mitic T, Caporali A, Lauriola A, D'Arca D. ROS, cell senescence, and novel molecular mechanisms in aging and age-related diseases. *Oxidative medicine and cellular longevity*. 2016;2016(1):3565127.
2. Ristow M. and Schmeisser S., Extending life span by increasing oxidative stress, *Free Radical Biology and Medicine*. (2011) 51, no. 2, 327–336, <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2011.05.010>, 2-s2.0-79959350253.
3. Correia-Melo C. and Passos J. F., Mitochondria: are they causal players in cellular senescence?, *Biochimica et Biophysica Acta—Bioenergetics*. (2015) 1847, no. 11, 1373–1379, <https://doi.org/10.1016/j.bbabi.2015.05.017>, 2-s2.0-84941730889.
4. Weinert BT, Timiras PS. Invited review: Theories of aging. *Journal of applied physiology*. 2003 Oct;95(4):1706-16.
5. Fedarko NS. Theories and mechanisms of aging. *Geriatric Anesthesiology*. 2018:19-25.
6. Mager DR. Theories of Aging. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. 2022 Mar 29:47.
7. Bengtson VL, Gans D, Putney NM, Silverstein M. Theories about age and aging. *Handbook of theories of aging*. 2009;2:3-23.
8. THE BIOLOGY OF AGING: OBSERVATIONS & PRINCIPLES (3rd Edition) By Robert Arking. August 2007; *Educational Gerontology* 33(9):796-798. DOI:10.1080 ...
9. by Robin Holliday (Author) *Aging: The Paradox of Life: Why We Age* Softcover reprint of hardcover 1st ed. 2007 Edition

STAROSNA STRUKTURA PACIJENATA NA ANTIKOAGULANTNOJ TERAPIJI I ZAHTJEVIMA ZA KRVlju

Sažetak

Uvod

Starenje stanovništva već je desetljećima važna tema rasprava u naučnim i političkim krugovima. Starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava, nepovratan individualan proces, koji u pojedinih ljudi napreduje različitom brzinom i u različitoj životnoj dobi. Proces starenja započinje od začeća i traje do smrti.

Cilj je prikazati starosnu dob kod pacijenata tokom 2014. i 2024. godine koji su bili na antikoagulantnoj terapiji, kao i transfundirani pacijenti krvnim pripravcima tokom ispitivanog perioda. **Ispitanici i metode** Retrospektivno su prikupljeni podaci o pacijentima koji su transfundirani i koji su bili na antikoagulantnoj terapiji. Prikupljali smo podatke o dobu, spolu, dijagnozi ispitanika.

Rezultati Istraživanjem je obuhvaćeno 150 pacijenata koji su antikoagulantnoj terapiji, 60% muškaraca i 40% žena. Prosječna starost ispitanika 2014 godine je bila 67,8 godina. Prosječna rana starost je 68,7 godina, srednja starost 76 godina, a duboka starost 85,3 godine. Tokom 2024. godine ispitivan je isti procenat muških (60%) i ženskih (40%) ispitanika. Starosna dob ispitanika u prosjeku je bila 70,84 godine, što je za 3,04 godine više u odnosu na predhodno ispitivani period.

Prosječna rana starost ispitanika je 67,79 godina, srednja starost 79,4 i duboka starost 86,3 godina. Istraživanjem je obuhvaćeno 120 pacijenata koji su transfundirani na Univerzitetsko kliničkom centru Tuzla. Od 120 pacijenata 52,5% su muškarci i 47,5% žene. Tokom 2014 prosječna starost pacijenata je bila 61,25 godina. Tokom 2024. godine od 120 ispitanika, 52,5% su muškarci i 47,5% su žene. Prosječna starost ispitivanih pacijenata je 63,7 godina, što je za 2,45 godina više u odnosu na predhodno ispitivani period.

Zaključak možemo zaključiti da je došlo do pomjeranja starosne dobi tokom 2024 godine u odnosu na 2014 godinu za 3,04 godine, što prati trend rasta starije populacije u svijetu.

Ključne riječi: starost, antikoagulantna terapija, krvni produkti

Abstract

Introduction Population aging has been an important topic of discussion in scientific and political circles for decades. Aging is a natural, normal physiological phenomenon, an irreversible individual process that progresses at different speeds and ages in particular people. The aging process starts from conception and lasts until death.

The aim is to show the age of patients during 2014 and 2024 who are on anticoagulant therapy, as well as transfused patients with blood products during the examined period. **Subjects and methods** Data were collected retrospectively on patients who were transfused and on anticoagulant therapy. We collected data on the age, gender, and diagnosis of the respondents.

Results The research included 150 patients on anticoagulant therapy, 60% men and 40% women. The average age of respondents in 2014 was 67.8 years. The average early age is 68.7 years, the middle age is 76, and the old age is 85.3 years. During 2024, the same percentage of male (60%) and female (40%) respondents were questioned.

The average age of the respondents was 70.84 years, which is 3.04 years more than in the previously examined period. The average early age of the respondents is 67.79 years, the middle age is 79.4 years, and the deep age is 86.3 years. Out of 120 patients, 52.5% are men and 47.5% are women. In 2014, the average age of patients was 61.25 years. In 2024, out of 120 respondents, 52.5% are male and 47.5% are female. The average age of the examined patients is 63.7 years, which is 2.45 years more than in the previously examined period.

Conclusion We can conclude that there was a shift in the age during 2024 compared to 2014 by 3.04 years, which follows the trend of the growth of the older population in the world.

Keywords: old age, anticoagulant therapy, blood products

1. UVOD

Starenje stanovništva već je desetljećima važna tema rasprava u naučnim i političkim krugovima. Stavovi o značenju i posljedicama demografskog starenja se razlikuju, posebno obzirom na trendove koji će uslijediti u narednom periodu. Podsjetimo, sve do sredine dvadesetog stoljeća pažnja naučnika je bila usmjerena na individualno starenje (1). Na značenje demografskog starenja pedesetih godina prošlog stoljeća među prvim je upozorio istaknuti francuski demograf Alfred Sauvy. Na Svjetskoj konferenciji o starenju stanovništva, održanoj 2002. godine, glavni tajnik OUN-a Kofi Annan upozorio je na kompleksne posljedice starenja stanovništva. On je starenje stanovništva nazvao »(...) tihom revolucijom, koja nije samo demografska, nego ima veliki uticaj na ekonomski, socijalni, kulturni, psihološki i duhovni život« (2). Veći broj autora, analizirajući posljedice starenja, zauzima pesimističan stav, posebno kada su u pitanju troškovi starenja, budući da oni postaju sve veća stavka u javnim financijama. Uopšteno demografi ukazuju na činjenicu da starenje stanovništva predstavlja kraj velike demografske tranzicije koja je započela padom mortaliteta u prvoj polovini dvadesetog stoljeća (3).

Stanovništvo EU-a stari, što je vidljivo iz raznih statističkih podataka, kao što su udio starijeg stanovništva, omjer zavisnosti starijeg stanovništva, prosječna dob i sl. Posmatrajući kretanje udjela starijeg stanovništva u ukupnom broju stanovnika, u 2020. je 21 % stanovništva imalo 65 i više godina, u poređenju sa 16 % u 2001., što je porast od 5%. Posmatrajući konkretnije stanovništvo u dobnoj skupini od 80 i više godina, njihov je udio iznosio gotovo 6 % u 2020., dok je u 2001. iznosio 3,4 %, što znači da se gotovo udvostručio u tom razdoblju. S druge strane, udio mladog stanovništva (u dobi od 0 do 19 godina) u EU u 2020. iznosio je 20 %, što je smanjenje od 3% u poređenju s 23 % u 2001., (3).

Gledajući udio osoba u dobi od 65 i više godina u ukupnom broju stanovnika, Italija (23 %), Grčka, Finska, Portugal, Njemačka i Bugarska (22 % svaka) imale su najveće udjele, dok su Irska (14 %) i Luksemburg (15 %) imale najmanje udjele. U periodu od 2001. do 2020. vidljiv je porast udjela osoba u dobi od 65 i više godina u svim državama članicama, pri čemu je najveći porast zabilježen u Finskoj (+7%), a najmanji u Luksemburgu (+1%). Udio osoba u dobi od 80 i više godina porastao je u svim državama članicama u periodu od 2001. do 2020.

osim u Švedskoj, u kojoj je ostao na istom nivou (5 %). U nekim državama članicama taj se udio više nego udvostručio: u Litvi i Hrvatskoj porastao je s 2 % u 2001. na 6% u 2020., a u Rumunjskoj, Bugarskoj i Sloveniji s 2 % na 5 % (4). Starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava, nepovratan individualan proces, koji u pojedinih ljudi napreduje različitim brzinom i u različitoj životnoj dobi. Proces starenja započinje od začeća i traje do smrti. Po klasifikaciji Ujedinjenih naroda, 65 godina je dobna granica kojom se ljudi smatraju starim ljudima. Starost (SZO-a) dijelimo na: raniju (65-74 godine), srednju (75-84 godine) i duboku starost (od 85 i više godina). 2001. godine, udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosio je 15, 6%, u Popisu 2011. godine broj stanovnika starih 65 i više godina iznosio je 17, 7% i po prvi put premašio je broj mladih od 0 do 14 godina koji iznosi 15, 2%. U starosti se događaju promjene u organima i organskim sistemima tokom normalnog (fiziološkog) starenja: čulo vida, sluha, njuha i okusa, smanjenje mišićne mase, kosti postaju tanje i krhke, smanjenje apsorpcijske površine i elastičnosti pluća, ateroskleroza/povišenoga krvnog pritiska, prohodnost krvi kroz jetru i bubrege itd. Bolest i starost nisu sinonimi. Najvažnije je razlikovati zdravo starenje od pojave bolesnog i patološkog starenja. Međutim, starost je povezana s nekim negativnim zdravstvenim ponašanjima: neodržavanje osobne i higijene okoline, fizička neaktivnost, psihička neaktivnost, neprihvatanje radne terapije, debljina, alkoholizam, pušenje, pijenje crne kafe više od dvije šoljice dnevno, nepridržavanje uputa ljekara, nekontrolisano uzimanje lijekova, neizlaganje umjerenoj sunčevoj svjetlosti itd. Postoje i bolesti i stanja u starijih ljudi koje želimo i možemo spriječiti: šećerna bolest, debljina, hipertenzija, cerebrovaskularna bolest, kardiovaskularna bolest, novotvorine (karcinom dojke, jajnika, prostate, pluća), osteoporoza/prelomi, inkontinencija, psihički poremećaji, respiratorne bolesti (gripa i pneumonija) itd., (5).

U Bosni i Hercegovini ukupno živi 3.531.159. Od tog broja 1.732.270 su muškarci, a 1.798.880 su žene. Prosječna starost u BiH je 39,51 godina. Prosječna starost urabanog stanovništva 39,7, Prosječna starost ruralnog stanovništva 39,4 (6). Prema procjeni sajta ourworldindata, u 2050. godini će prosječna starost stanovnika Bosne i Hercegovine iznositi 49,3 godine. Što se tiče regije, u Srbiji je 42,9 godina, Hrvatskoj 43,7, Crnoj Gori 38,2 godine, Albaniji 37,3 godina, Sjevernoj Makedoniji 38,3 godine i Sloveniji 43,2 godine. Najmlađe stanovništvo ima Kosovo čija prosječna starost 2021. godine je iznosila svega 30,5 godina. To je ujedno i najmlađe stanovništvo ako se gleda Evropa. Koeficijent starosne zavisnosti je omjer broja starijih osoba u dobi kada su općenito ekonomski neaktivni (tj. starosti 65 i više godina), u odnosu na broj ljudi u radnoj dobi (tj. 15-64 godine), (7).

Starenje stanovništva može staviti teret na društvo ako stariji ljudi moraju zavisiti od drugih za finansijsku podršku i brigu. Međutim, hronološka starost znači vrlo različite stvari u različitim zemljama. Na primjer, dobni obrasci u zdravlju značajno variraju među zemljama i također utiču na starosnu granicu za odlazak u penziju i produktivnost (8).

Posljednjih desetljeća, populacije širom svijeta hronološki su postale starije zbog smanjenja plodnosti i povećanja očekivanog životnog vijeka. Ipak, značajne razlike između zemalja ostaju zbog razlika u brzini promjena u mortalitetu specifičnim za dob i stopama fertiliteta (9). S obzirom na široko rasprostranjenu zabrinutost da starija populacija opterećuje društvene resurse, razvijeno je nekoliko indeksa koji sumiraju teret starenja u različitim zemljama (10).

Na osnovu pretpostavke da stariji ljudi ne rade i da moraju biti finansijski podržani od strane radno aktivnog stanovništva, pretpostavlja se da je granica koja se koristi za definiranje starije dobi fiksna i tipično definirana kao starost od 65 godina ili više, a radna dob se obično definira kao dob od 20 do 64 godine (9).

Iako se OADR (eng. old age dependency ratio) obično koristi u izvještajima o starenju, na primjer od strane UN-a, on ne uzima u obzir varijacije u stvarnoj zavisnosti (finansijske ili druge) starije populacije u različitim zemljama. U mnogim evropskim zemljama značajan dio starije populacije još uvijek radi (npr. >20% od 65 do 69 godina u Danskoj, Estoniji, Irskoj, Latviji, Holandiji, Norveškoj, Portugalu, Švedskoj i Švicarskoj 2020. (11).

Neki autori su izračunali teret starenja na osnovu pokazatelja biološke starosti odrasle populacije, procijenjenih pomoću biomarkera kao što su trigliceridi, unos kisika, broj bijelih krvnih zrnaca ili metilacija DNK u cijelom genomu (12) kao i pokazatelja funkcionalne starosti populacije, faktora kao što su fizička snaga, pokretljivost očiju, sluh, kognicija, (13). Budući da broj preostalih godina života provedenih u boljem ili lošijem zdravlju zavisi od zemlje, indikatora starenja stanovništva na osnovu preostalih godina života i dalje nudi samo vrlo grubu proporciju udjela stanovništva koji je stvarno zavisao zbog starenja. Ukratko, postojeće mjere tereta starenja obično se zasnivaju na lošim pokazateljima ovisnosti o starosti ili se mogu izračunati samo za neke zemlje (10).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati da li je došlo do pomjeranja starosne dobi među pacijentima 2024 godine u odnosu na 2014 godinu, koji su na oralnoj antikoagulantnoj terapiji vitamin K antagonistima liječeni na Univerzitetsko kliničkom centru Tuzla, kao i dobnu granicu za transfundirane pacijente.

3. ISPITANICI I METODE

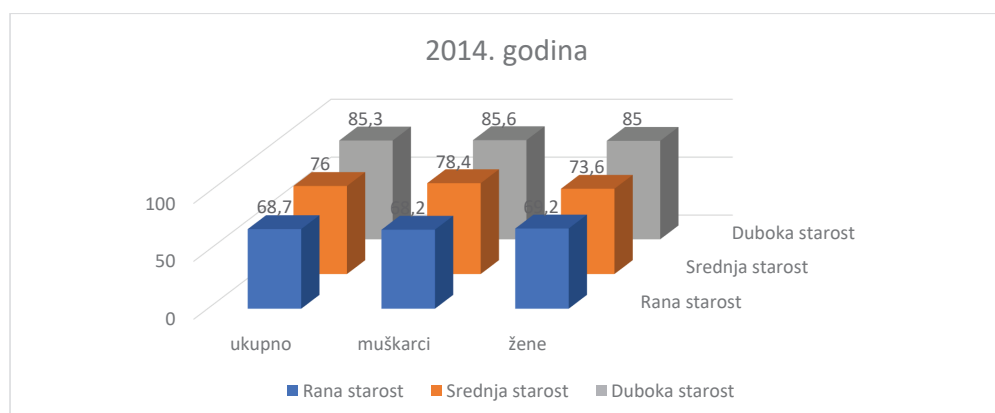
Retrospektivnom analizom korišteni su podaci iz informacionog bolničkog sistema Poliklinike za transfuziologiju, Univerzitetsko kliničkog centra Tuzla (UKC Tuzla). Prikupljani su podaci o pacijentima koji su na oralnoj antikoagulantnoj terapiji (dob, spol, dijagnoza). Ispitanici su birani metodom slučajnog izbora, biran je svaki 10. pacijent, koji su liječeni u Poliklinici za transfuziologiju tokom 2024. u odnosu na 2014. godinu. Birani su i ispitanici koji su transfundirani na UKC Tuzla tokom istih godina radi upoređivanja starosne dobi bolesnika (prikupljali smo podaci o dobi, spolu, dijagnozi i vrsti priprema koji su primali).

4. REZULTATI

Istraživanjem je obuhvaćeno 150 pacijenata koji su na oralnoj antikoagulantnoj terapiji i 120 pacijenata koji su primali krvne pripravke tokom 2014. i 2024. godine.

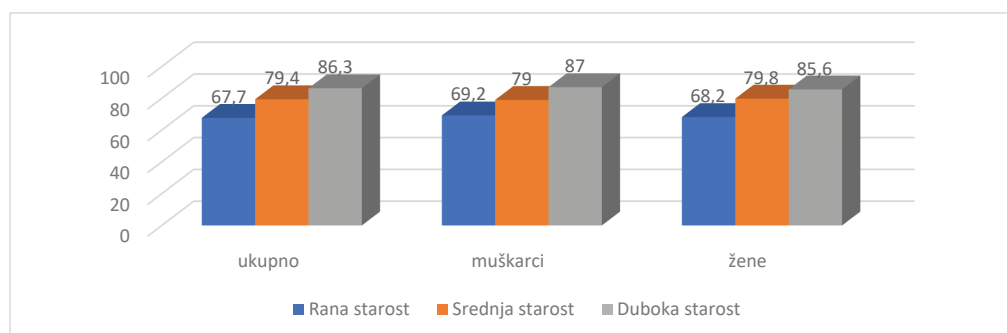
Tokom 2014. godine od 150 pacijenata na oralnoj antikoagulantnoj terapiji vitamin K antagonistima 60% su muškarci, a 40% žene. Prosječna starost ispitanika je bila 67,8 godina. Prosječna rana starost je 68,7 godina, srednja starost 76 godina, a duboka starost 85,3 godine (slika 1).

Slika 1. Prosječna dob tokom 2014. godine



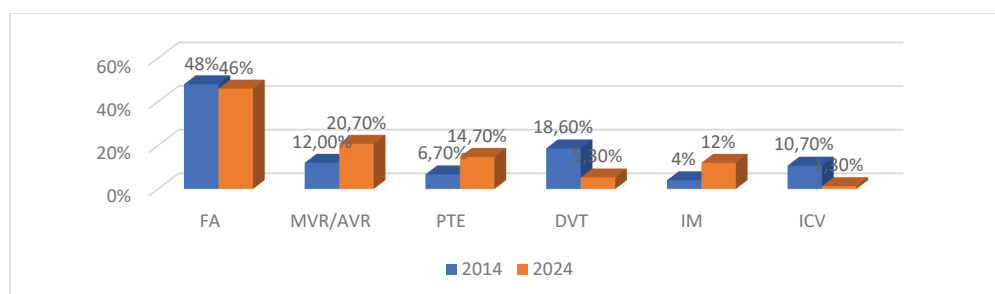
Tokom 2024. godine ispitivan je isti procenat muških (60%) i ženskih (40%) ispitanika. Starosna dob ispitanika u prosjeku je bila 70,84 godine, što je za 3,04 godine više u odnosu na predhodno ispitivani period. Prosječna rana starost ispitanika je 67,79 godina, srednja starost 79,4 godine i duboka starost 86,3 godina (slika 2).

Slika 2. Prosječna starost muških i ženskih ispitanika



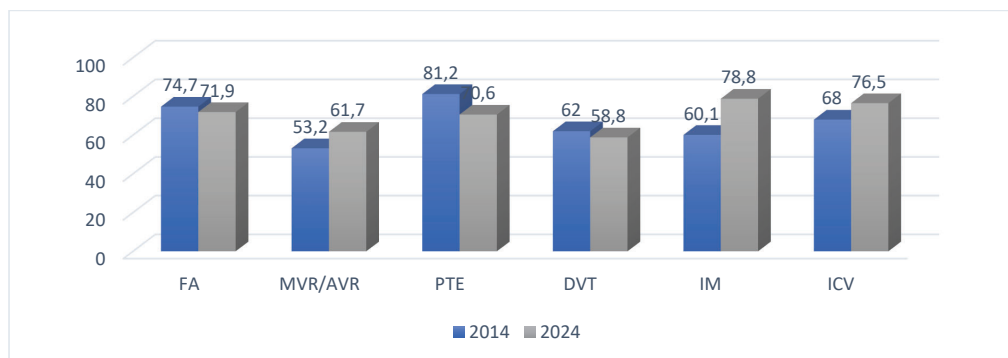
Iz rezultata vidimo da je najčešći razlog uključivanja antikoagulantne terapije bila fibrilacija atrijska (2014.godine 48%, 2024. 46%), (slika 3).

Slika 3. Razlozi uključivanja antikoagulantne terapije



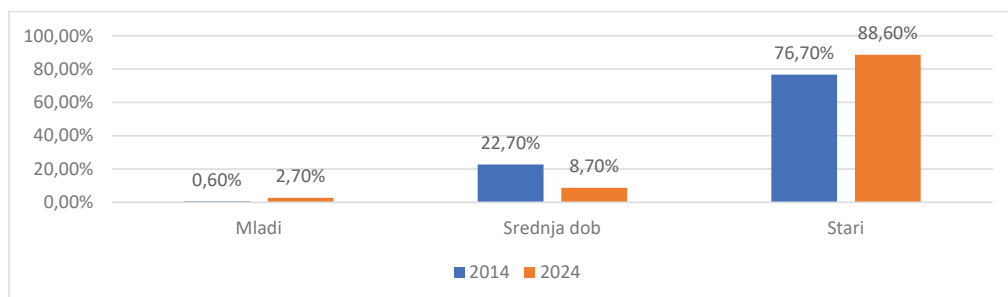
Tokom 2014. godine najstariji pacijenti su liječeni od plućne tromboembolije (prosječna starost 81,2 godine), najmlađi pacijenti su bili, ispitanici koji piju antikoagulantnu terapiju zbog mehaničke valvule (53,2 godine). U odnosu na 2024. godinu, gdje su najstariji pacijenti na antikoagulantnoj terapiji zbog posljedica cerebrovaskularnog infarkta (76,5 godina), a najmlađi zbog duboke venske tromboze (58,8 godina), (slika 4).

Slika 4. Prosjek godina pacijenata na oralnoj antikoagulantnoj terapiji



Prema podjeli Svjetske zdravstvene organizacije starosnu dob na mlade, srednju dob i stare tokom 2014. godine starih je bilo 76,7%, a tokom 2024 godine 88,6% (slika 5).

Slika 5. Podjela prema starosne dobi prema SZO



Starosna dob	2014 (Ukupni prosjek godina)	2024 (Ukupni prosjek godina)
Mladi	28	22,8
Srednja dob	52,6	45,6
Starija dob	72,3	74,7

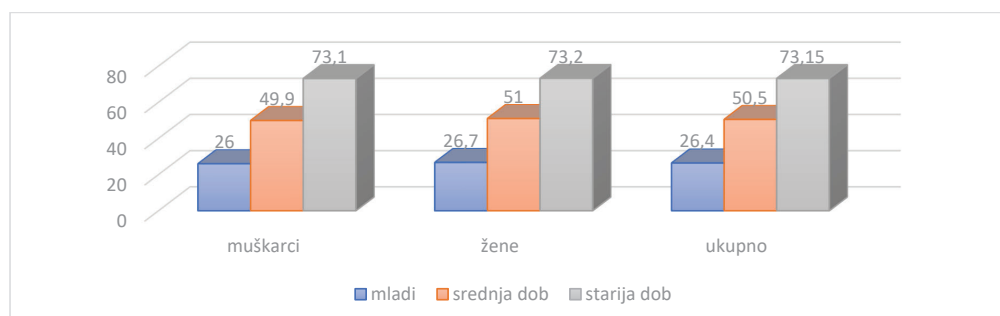
Tabela 1. Prosječna starost ispitanika po starosnoj podjeli SZO

Iz rezultata je vidljivo da je smanjena starosna dob mladih 2024 godine za 5,2 godine u odnosu na 2014. godinu, kao i srednja dob za 7 godina. Starija dob 2024. godine je povećana za 2,4 godine u odnosu na ispitanike u 2014 godini (tabela 1).

Istraživanjem je obuhvaćeno 120 pacijenata koji su transfundirani na UKC Tuzli. Od 120 pacijenata 52,5% su muškarci i 47,5% žene. Tokom 2014 prosječna starost pacijenata je bila

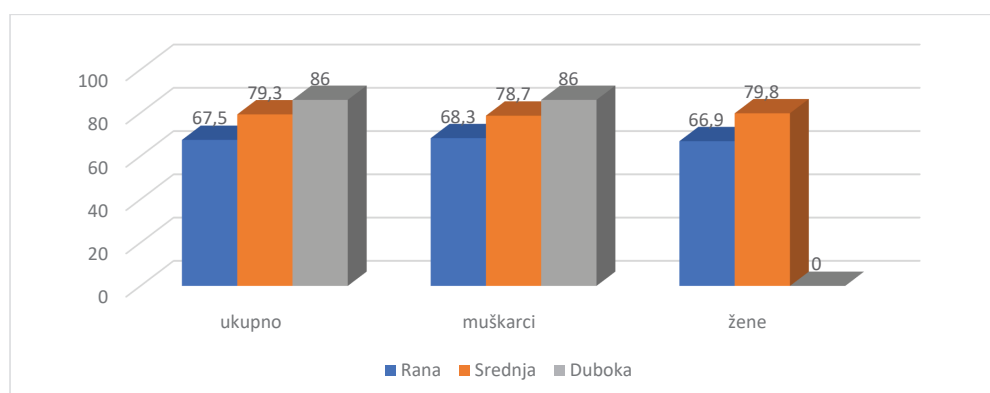
61,25 godina. Prosječna starost muškaraca je 60,9, a žena 61,35 godina. Prema SZO podjela pacijenata po starosnoj dobi tokom 2014 godine prikazana je na slici 6.

Slika 6. Starosna dob transfundiranih pacijenata 2014 godine



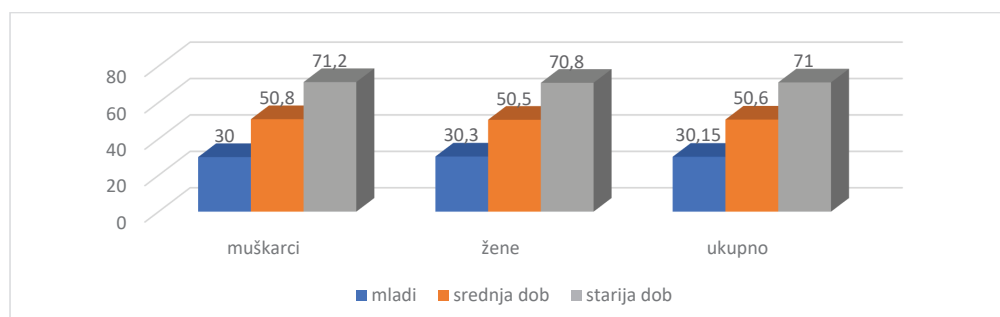
Tokom 2014 godine najstariji transfundirani pacijenti u prosjeku su imali 86 godina, a najmanje 66,9 godina (slika 7).

Slika 7. Podjela pacijenata prema starijoj dobi



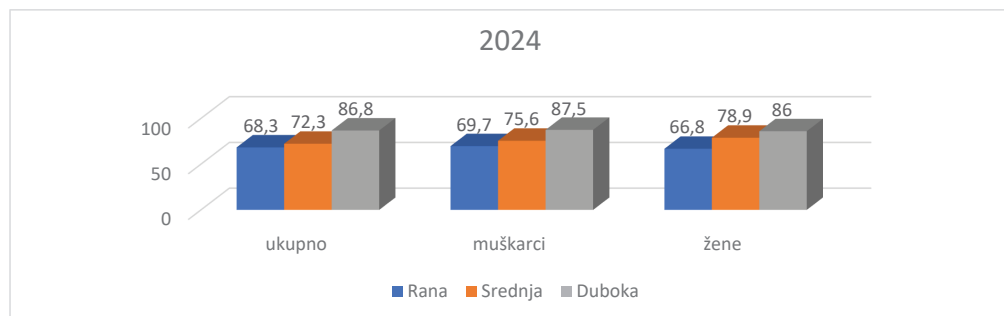
Tokom 2024. godine od 120 ispitanika, 52,5% su muškarci i 47,5% su žene. Prosječna starost ispitivanih pacijenata je 63,7 godina, što je za 2,45 godina više u odnosu na predhodno ispitivani period. Prosječna starost muškaraca je 64.5, a žena 62,9 godina. Najstariji transfundirani pacijenti su imali 71 godinu, a najmlađi 30,15 godina (slika 8)

Slika 8. Starosna dob pacijenata



Iz rezultata vidimo da su najstariji transfundirani pacijenti, tokom 2024. godine imali 86,8 godina (slika 9).

Slika 9. Podjela pacijenata prema starijoj dobi



Iz rezultata je vidljivo da je najviše pacijenata transfundirano koncentratima eritrocita, 2014. godine 94%, a tokom 2024. godine 75% ispitanika (tabela 2).

Produkti	2014. godina		2024. godina	
	N	%	N	%
SSP	89	74%	71	59,2%
KE	113	94%	90	75%
KT	42	35%	24	20%
Cryo	2	1,67%	2	1,67%

Tabela 2. Izdati produkti za ispitivane pacijente (N-ukupan broj ispitanika, SSP-svježe smrznuta plazma, KE-koncentrat eritrocita, KT-koncentrat trombocita, Cryp-krioprecipitat)

Prosječna starost ispitanika koji su transfundirani na UKC Tuzla prikazano je u tabeli 3, gdje je vidljivo da je tokom 2024. godine povećana starosna struktura ispitanika.

Produkti	2014. godina	2024. godina
SSP	56,2	64,8
KE	59,7	62,1
KT	60,9	61,5
CRYO	52,3	58,5

Tabela 3. Prosječna starost transfundiranih ispitanika (SSP-svježe smrznuta plazma, KE-koncentrat eritrocita, KT-koncentrat trombocita, Cryo-krioprecipitat)

5. DISKUSIJA

Starenje stanovništva rezultiralo je široko rasprostranjenom zabrinutošću oko potencijalnog efekta rastuće ovisnosti povezane sa starenjem (14).

Sve zemlje se suočavaju s velikim izazovima kako bi osigurale da su njihovi zdravstveni i socijalni sistemi spremni da maksimalno iskoriste ovu demografsku promjenu. 2050. godine 80% starijih ljudi će živjeti u zemljama sa niskim i srednjim prihodima. Tempo starenja stanovništva je mnogo brži nego u prošlosti. U 2020. godini broj ljudi starih 60 i više godina bio je veći od djece mlađe od 5 godina. Između 2015. i 2050. godine, udio svjetske populacije starije od 60 godina će se skoro udvostručiti sa 12% na 22%. Do 2030. godine, 1 od 6 ljudi na svijetu imat će 60 ili više godina. U ovom trenutku će se udio stanovništva starosti 60 i više godina povećati sa 1 milijarde 2020. na 1,4 milijarde. Do 2050. godine svjetska populacija ljudi starosti 60 i više godina će se udvostručiti (2,1 milijardu). Očekuje se da će se broj osoba starijih od 80 godina udvostručiti između 2020. i 2050. godine na 426 miliona. Na biološkom nivou, starenje je rezultat uticaja akumulacije širokog spektra molekularnih i ćelijskih oštećenja tokom vremena. To dovodi do postepenog smanjenja fizičkog i mentalnog kapaciteta, sve većeg rizika od bolesti i konačno smrti. Uobičajena stanja u starijoj dobi uključuju gubitak sluha, katarakte i refrakcione greške, bolove u leđima i vratu i osteoarthritis... Stariju životnu dob karakterizira i pojava nekoliko složenih zdravstvenih stanja koja se obično nazivaju gerijatrijski sindromi. Duži život sa sobom nosi mogućnosti, ne samo za starije ljude i njihove porodice, već i za društvo u cjelini. Dodatne godine pružaju priliku za nove aktivnosti kao što su dalje obrazovanje, nova karijera ili dugo zanemarena strast. Stariji ljudi takođe na mnogo načina doprinose svojim porodicama i zajednicama. Ipak, opseg ovih mogućnosti i doprinosa uveliko zavisi od jednog faktora: zdravlja. Fizičko i društveno okruženje može uticati na zdravlje direktno ili kroz barijere ili podsticaje koji utiču na mogućnosti, odluke i zdravstveno ponašanje. Održavanje zdravog ponašanja tokom života, posebno uravnotežena ishrana, redovna fizička aktivnost i suzdržavanje od upotrebe duhana, sve to doprinosi smanjenju rizika od nezaraznih bolesti, poboljšanju fizičkog i mentalnog kapaciteta i odgađanju zavisnosti od njege. Često se pretpostavlja da su stariji ljudi slabi ili zavisni i da predstavljaju teret društvu (15).

Stanovništvo stari neviđenom brzinom, prema američkom Birou za popis stanovništva, do 2030. godine svi bejbi bumeri će biti stariji od 65 godina, što će dovesti do toga da će otprilike svaki peti stanovnik imati dob za penziju (16). Sistem zdravstvene zaštite, kako je trenutno strukturiran, nedovoljno je pripremljen za navalu zahtjeva koje će ova starija populacija nametnuti (17). Sistem je takođe fragmentiran, neefikasan i skup, sa nedostacima u koordinaciji, kvalitetu i pristupu. Štaviše, sistem se na adekvatan način ne bavi društvenim determinantama zdravlja, kao što su prihod, obrazovanje, stanovanje, prevoz i socijalna podrška, koje utiču na zdravstvene ishode i zdravstveno ponašanje starijih odraslih osoba (18). Izazov se tu ne završava. Sve je veći nedostatak zdravstvenih radnika, što znači da je ponuda i dostupnost kvalifikovanih i obučanih zdravstvenih radnika, kao što su liječnici, medicinske sestre, farmaceuti, klinički socijalni radnici i tehničari, nedovoljna i neadekvatna da zadovolji potražnju i potrebe stanovništva. Ova pojava je još izraženija u zemljama sa niskim i srednjim primanjima. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), globalna zdravstvena radna snaga iznosila je 43,5 miliona u 2018., a predviđa se da će narasti na 53,9 miliona do 2030. godine, ali je još uvijek ispod globalne potražnje od 80 miliona (19). SAD se suočavaju sa paradoksom zdravstvene zaštite. S jedne strane, postoji starija populacija sa sve većim potrebama za zdravstvenom zaštitom, a s druge, postoji napet zdravstveni sistem koji se bori sa nedostatkom radne snage, izazovima kapaciteta i fragmentacijom. Rješavanje ovog

paradoksa zahtijeva inovativna rješenja, reforme politike i posvećenost restrukturiranju zdravstvenog sistema kako bi bio efikasniji, pravedniji i odgovarao na potrebe starijih građana. Jedan od glavnih pokretača povećane potražnje i korištenja zdravstvene zaštite među starijim osobama je visoka prevalencija višestrukih hroničnih stanja (MCC), koja se definiraju kao dvije ili više hroničnih bolesti koje traju najmanje godinu dana i zahtijevaju stalnu medicinsku pomoć ili ograničavaju aktivnosti svakodnevnog života (20). Prema Centrima za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC), 88% starijih osoba ima najmanje jedan MCC, a 60% ima najmanje dva. To uključuje uobičajena stanja kao što su hipertenzija, artritis, bolesti srca, rak, dijabetes i hronična bolest bubrega. MCC su povezani sa povećanom smrtnošću, invalidnošću, funkcionalnim padom i smanjenom kvalitetom života. Studija Machlin et al. (2019) su otkrili da su među korisnicima Medicarea u dobi od 65 i više godina, oni sa MCC-ima činili 94% ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu u 2010. godini, u poređenju sa 6% za one bez MCC-a (21). Kako ljudi žive duže, veća je vjerovatnoća da će s vremenom razviti i akumulirati hronične bolesti, posebno ako imaju faktore rizika kao što su fiziološke promjene povezane sa godinama, izloženost okolišu, način života, genetske predispozicije i društvene determinante zdravlja (22).

Crimmins i Beltrán-Sáncheza otkrili su da je povećanje očekivanog životnog vijeka u SAD-u između 1998. i 2008. bilo praćeno povećanjem broja godina provedenih u MCC-ima, posebno među starijim osobama (23). Studija je procijenila da se prosječan broj godina provedenih u MCC povećao sa 7,2 na 8,6 za muškarce od 65 i više godina, te sa 10,0 na 11,3 za žene od 65 i više godina. Stoga će se starija populacija u narednim decenijama suočiti sa većim teretom hroničnih bolesti i nižim kvalitetom života. Da stvar bude još gora, na zdravlje i dugovječnost sljedećeg vala starenja ljudi mogu uticati i novi vanjski okidači, kao što su pretilost, unos prerađene hrane, promjene mikrobioma, klimatske promjene, pandemije i zagađenje, što može imati različite i nepredvidive uticaje na različite pojedince. Ovi pokretači također, mogu promijeniti zdravstveno ponašanje i pristup zdravstvenoj zaštiti starijih osoba (22).

Još jedan izazov koji proizlazi iz potreba za lijekovima starije populacije je polifarmacija, koja se definira kao istovremena upotreba pet ili više lijekova (24). Pojedinci stariji od 65 godina čine više od jedne trećine svih propisanih lijekova u SAD (25). Međutim, polifarmacija ima i negativne posljedice, kao što su povećani rizik od interakcija lijekova, neželjeni događaji s lijekovima, nepridržavanje lijekova i greške u liječenju. To dovodi do loših ishoda, kao što su smanjena efikasnost, povećan morbiditet i mortalitet i smanjen kvalitet života (25).

Ekonomске implikacije starenja stanovništva za zdravstveni sektor su duboke, jer utiču ne samo na potrošnju u zdravstvu i korištenje resursa, već i na zdravstvenu radnu snagu, kvalitet zdravstvene zaštite i inovacije u zdravstvu. Prema Uredu za budžet Kongresa, federalna potrošnja na glavne zdravstvene programe za starije, kao što su Medicare i Medicaid, povećat će se sa 6,6% bruto domaćeg proizvoda (BDP) u 2020. na 9,2% BDP-a u 2050. (26). Konkretno, procjenjuje se da odrasle osobe starije od 65 godina posjećuju ljekare 20% češće od mlađih odraslih osoba i doživljavaju trostruko povećanje stopa hospitalizacije (27). Rastuća plima potreba za zdravstvenom zaštitom zbog starenja stanovništva je višestruka, obuhvatajući povećano korištenje usluga, veću prevalenciju hroničnih bolesti, eskalirajuću potrošnju na zdravstvenu zaštitu i složeno upravljanje lijekovima. Ovo postavlja zahtjeve bez presedana pred zdravstveni sistem, pozivajući na inovativne pristupe u pružanju njege, finansijskom planiranju i raspodjeli resursa. Prilagođavanje ovim promjenama zahtijeva usklađene napore pružaoca zdravstvenih usluga, kreatora politike i zainteresovanih strana kako bi se osiguralo da sistem ne samo da odgovara već i održiv u ispunjavanju evoluirajućih potreba društva koje stari. Stoga je imperativ prepoznati i razgovarati o uticaju koji će ova evolucija imati na potražnju za zdravstvenim radnicima, kao što su liječnici, medicinske sestre, farmaceuti i

specijalisti gerijatrije, koji će biti ključni u pružanju adekvatne i odgovarajuće njege za starije osobe sa složenim medicinskim potrebama. Očekuje se da će potražnja za zdravstvenim radnicima nadmašiti ponudu, Nedostatak pružaoca zdravstvenih usluga će imati talasasti efekat na čitav zdravstveni sistem, utičući na kvalitet, dostupnost i pristupačnost njege. Nedostatak ljekara dovodi do povećanja smrtnosti, smanjene preventivne zaštite i veće potrošnje na zdravstvenu zaštitu (28). Odgovarajuće osoblje i ponuda radne snage su neophodni za pružanje njege, ali nisu dovoljni bez adekvatnih resursa i infrastrukture. Međutim, trenutni sistem nije dobro pripremljen da se nosi sa povećanjem obima i složenošću njege, što dovodi do prenatrpanosti, vremena čekanja, kašnjenja, otkazivanja i racionalizacije njege.

Neki od faktora koji doprinose nedostatku resursa uključuju, stanje i efekat pružanja njege. Američka infrastruktura je u lošem stanju i treba joj više ulaganja i poboljšanja. Nedostatak i neuravnoteženost kreveta, u SAD je zabilježen pad broja bolničkih kreveta po osobi sa 4,5 u 1980. na 2,4 u 2018., što odražava prelazak sa bolničke na ambulantnu negu i pokušaje da se uštede troškovi i poveća efikasnost. Međutim, ovaj trend također implicira da postoji manji višak kapaciteta za suočavanje s fluktuacijama potražnje, kao što su pandemije, katastrofe ili sezonske varijacije. Neadekvatnost i neefikasnost tehnologije, američki zdravstveni sistem zaostaje u usvajanju i upotrebi informaciono-komunikacionih tehnologija (ICT), kao što su elektronski zdravstveni kartoni (EHR), telemedicina i razmjena zdravstvenih informacija (HIE), što može poboljšati kvalitet, sigurnost i koordinaciju njege, kao i smanjiti troškove i greške u njezi (29). Disparitet u zdravstvenom sistemu proizlazi iz nejednake i nepravedne distribucije zdravstvenih resursa, mogućnosti i ishoda u različitim grupama, regionima i uslovima, što dovodi do praznina i razlika u pristupu, kvalitetu i pristupačnosti zdravstvene zaštite (30). Na sistem utiču različiti faktori, kao što su prihod, obrazovanje, rasa, etnička pripadnost, spol, starost, geografija i invaliditet, koji utiču na zdravstveno stanje i zdravstveno ponašanje stanovništva, kao i na dostupnost i korištenje zdravstvenih usluga. Štaviše, na sistem utiču različite politike, programi i prakse, kao što su stope nadoknade, mere kvaliteta i podsticaji, koji utiču na alokaciju i distribuciju resursa zdravstvene zaštite, kao što su radna snaga, objekti, oprema i tehnologija. Ove politike, programi i prakse stvaraju dinamičan i složen krajolik za platiše i kreatore politike, koji moraju uravnotežiti i uskladiti konkurentne i suprotstavljene interese i ciljeve zainteresovanih strana u zdravstvu (22).

6. ZAKLJUČAK

Iz istraživanja možemo zaključiti da je došlo do pomjeranja starosne dobi tokom 2024 godine u odnosu na 2014 godinu za 3,04 godine, što prati trend rasta starije populacije kao u svijetu. Često se kaže da uvijek postoji sutra, što implicira da svoje postupke i odluke možemo odgoditi za kasniji datum. Međutim, ovaj osjećaj više ne može biti istinit kada je u pitanju briga o starijoj populaciji. Da bismo imali prosperitetno sutra, moramo početi planirati i djelovati već danas. Starenje stanovništva nije daleki ili hipotetički scenario, već sadašnja i neizbježna realnost. Ne možemo sebi priuštiti da čekamo i vidimo šta će se dogoditi. Moramo djelovati i promijeniti ono što se danas dešava. Imamo potencijal i odgovornost da stvorimo bolju i svjetliju budućnost za starije i za sebe. Pitanje je: hoćemo li?

7. REFERENCE

1. Armingeon, K., & Bonoli, G. (2006). The politics of post-industrial welfare state. London: Routledge.
2. Stuckelberger, A., Tellier, S., & Vikat, A. (2009). Succès et défi du vieillissement global de la population: un plan d' action unique entre Nations unies, scientifiques organisations non gouvernemental. *Revue médicale suisse*, 5, 63-67. Available at http://www.medecine.unige.ch/coopinter/pdf/rvm2009/450_S63_67.pdf
3. V. Puljiz, Starenje stanovništva-izazov socijalne politike, Studijski centar socijalnog rada. UDK:364.65-053.9:364; doi: 10.3935/rsp.v23i1.1281
4. Starenje stanovništva (Dostupno: <https://web.dzs.hr/demography/bloc-1c.html?lang=hr>; Pristup: 15.02.2024)
5. Stevanović R., Javnozdravstveni aspekti starenja, zaštita zdravlja starijih ljudi // ZDRAVSTVENI PRIORITETI U BRIZI ZA OSOBE STARIJE ŽIVOTNE DOBI. Opatija: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, 2015. str. 13-13.
6. Starost u BiH (Dostupno: <http://www.statistika.ba/>, Pristup: 18.02.2025, 20:20)
7. Glossary:Old-age dependency ratio (Dostupno: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age_dependency_ratio, Pristup: 10.02.2025; 21:50)
8. Coile, C · Milligan, KS · Wise, DA, Social security programs and retirement around the world: working longer–introduction and summary, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2018
9. United Nations Population Division, World Population Prospects, United Nations Population Division, New York, NY, 2019.
10. Skirbekk, Vegard et al. The health-adjusted dependency ratio as a new global measure of the burden of ageing: a population-based study, *The Lancet Healthy Longevity*, Volume 3, Issue 5, e332 - e338
11. Eurostat, Activity rates by sex, age and citizenship (Dostupno: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/LFSA_ARGAN_custom_2104080/default/table?lang=en; Pristup: 16.02.2025, 21:45), Date: 2022Date accessed: February 21, 2022
12. Cullen, NC · Leuzy, A · Palmqvist, S · et al. Individualized prognosis of cognitive decline and dementia in mild cognitive impairment based on plasma biomarker combinations, *Nature Aging*. 2021; 1:114-123
13. Cooper, R · Kuh, D · Cooper, C · et al. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review, *Age Ageing*. 2011; 40:14-23.
14. Rouzet, D · Sánchez, AC · Renault, T · et al. Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies. OECD economic policy papers no. 27 OECD Publishing, Paris, 2019.
15. WHO, Ageing and health, (Dostupno: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, Pristup: 19.02.2025; 23:56)
16. Bureau, U. C. Older Population and Aging. United States Census Bureau <https://www.census.gov/topics/population/older-aging.html> (2023).
17. Chamie, J., Berkman, L., Hayutin, A. M., Smith, J. P. & Hoeksema, M. J. Why Population Ageing Matters: A Global Perspectives (Center for Migration Studies, 2007).
18. CDC. Equitably Addressing Social Determinants of Health and Chronic Diseases, CDC <https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/social-determinants-of-health-and-chronic->

- disease.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fchronicdisease%2Fprograms-impact%2Fsdoh.htm (2022).
19. WHO. Global Health Workforce statistics database. WHO <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce> (2023).
 20. Davis-Ajami, M. L., Lu, Z. K. & Wu, J. Multiple chronic conditions and associated health care expenses in US adults with cancer: a 2010–2015 Medical Expenditure Panel Survey study. *BMC Health Serv. Res.* 19, 1–10 (2019).
 21. Machlin, S. R. & Soni, A. Health care expenditures for adults with multiple treated chronic conditions: estimates from the Medical Expenditure Panel Survey, 2009. *Prev. Chronic Dis.* 10, E63 (2013).
 22. Jones, C.H., Dolsten, M. Healthcare on the brink: navigating the challenges of an aging society in the United States. *npj Aging* 10, 22 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41514-024-00148-2>
 23. Crimmins, E. M. & Beltrán-Sánchez, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J. Gerontol. B: Psychol. Sci. Soc. Sci.* 66, 75–86 (2011).
 24. Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L. & Caughey, G. E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 17, 1–10 (2017).
 25. Cohen, R. A. & Boersma, P. Strategies used by adults aged 65 and over to reduce their prescription drug costs, 2016–2017. *NCHS Data Brief* 335, 1–8 (2019).
 26. The 2020 Long-Term Budget Outlook. Congressional Budget Office <https://www.cbo.gov/system/files/2020-09/56516-LTBO.pdf> (2020).
 27. Health, United States, 2014: With Special Feature on Adults Aged 55–64. National Center for Health Statistics <https://www.cdc.gov/nchs/data/atus/atus14.pdf> (2015).
 28. Zhang, X., Lin, D., Pforsich, H. & Lin, V. W. Physician workforce in the United States of America: forecasting nationwide shortages. *Hum Resour Health* 18, 8 (2020).
 29. Adler-Milstein, J. & Jha, A. K. HITECH Act drove large gains in hospital electronic health record adoption. *Health Aff* 36, 1416–1422 (2017).
 30. Braveman, P. & Gruskin, S. Defining equity in health. *JECH* 57, 254 (2003).

BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU

Abstrakt

Cilj ovog rada je prezentovati stavove stanovništva o potrebama uključivanja osoba treće životne dobi u život zajednice i o njihovom položaju u društvu. U današnjem društvu starost često predstavlja trećinu čovjekovog života i sve više ljudi doživljava duboku starost. Upravo iz tog razloga potrebno je istražiti promjene koje donosi starost, ulogu starijih u društvu i potrebu uključivanja u život zajednice. Uključivanjem osoba treće životne dobi u život zajednice poboljšavamo njihov kvalitet života i životno zadovoljstvo, te smanjujemo usamljenost. Aktivnim učešćem u životu i aktivnostima zajednice, stariji imaju priliku da povećaju broj svojih društvenih interakcija i razviju pripadnost zajednici. U današnjem svijetu demografska slika svijeta se promijenila, a veliki dio stanovništva čine ljudi treće životne dobi. Ulaskom u treću životnu dob, odnosno starost, ljudi se suočavaju sa brojnim promjenama kao što su fizičke promjene, finansijske promjene, odlazak u penziju, gubitak bliskih prijatelja i vršnjaka, usamljenost itd. Pojedinci se moraju prilagoditi svim ovim promjenama kako bi što bolje doživjeli starost i bili zadovoljniji svojim životom.

Ključne riječi: treće doba, gerontologija, kvalitet života, socijalno okruženje, slobodno vrijeme, zajednica.

Summary

The aim of this paper is to present the views of the population on the needs of including the elderly in community life and on their position in society. In today's society, old age often represents a third of a person's life and more and more people are experiencing old age. For this reason, it is necessary to investigate the changes brought about by old age, the role of the elderly in society and the need to be included in community life. By including the elderly in community life, we improve their quality of life and life satisfaction, and reduce loneliness. By actively participating in community life and activities, the elderly have the opportunity to increase the number of their social interactions and develop a sense of belonging to the community. In today's world, the demographic picture of the world has changed, and a large part of the population is made up of elderly people. Upon entering the third age, or old age, people face numerous changes such as physical changes, financial changes, retirement, loss of close friends and peers, loneliness, etc. Individuals must adapt to all these changes in order to experience old age as well as possible and be more satisfied with their lives.

Keywords: third age, gerontology, quality of life, social environment, free time, community.

1.Uvod

Tradicionalna porodica, koja je uglavnom brinula o starijim članovima društva, danas gotovo da i ne postoji. Dio te uloge preuzele su institucije, a upravo je institucionalno zbrinjavanje starijih osoba, kao dominantan oblik brige o starima, često jedina alternativa, iako posljednjih godina sve značajniju ulogu dobijaju različiti oblici vaninstitucionalne zaštite. Povećanje udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji i duži životni vijek dovode do toga da sve više ljudi treba pomoć i zaštitu u starosti (Žganec, Rusac, Laklija, 2007). Međutim, oblici i vrste njege se mijenjaju. Naime, ono što je bitno istaći jeste činjenica da stariji ljudi danas žive duže i drugačije od svojih predaka, a njihove potrebe se kontinuirano mijenjaju, ali i povećavaju.

1.1 Treće životno doba

Treća ili starija životna dob se javlja nakon srednje dobi, ali postoje različite definicije koje određuju kada se tačno javlja. Rožić (2019) navodi da ne postoji tačna starost za ovaj pojam. "Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, starije osobe su starosti od 60 do 75 godina, stari su od 76 do 90 godina, a vrlo stari su osobe starije od 90 godina. (Brajković, 2010). Sličnu podjelu daju Suzman i Riley (1985, prema Schaie i Willis, 2001), gdje starije ljude dijele na mlade-stare, od 65 do 75 ili 80 godina; staro-staro, od 75 ili 80 do oko 90 godina; i veoma stari ili najstariji-stariji, stariji od 85 ili 90 godina. Zbog razlika u shvaćanju i definicijama trećeg doba možemo ga podijeliti na dva perioda: predsenilnu dob i starost.

Prema Boškoviću (2009), u predsenilnoj i starijoj dobi dolazi do smanjenja pokretljivosti i snage, kao i kognitivnih sposobnosti, gubi se emocionalna kontrola, prestaje rad, dolazi do gubitka društvenih kontakata i socijalnog povlačenja. Bošković (2009) navodi neke od karakteristika predsenilne dobi, a to su: sužavanje interesovanja, učestala razmišljanja o prošlosti, otežano praćenje promjena koje se dešavaju u okruženju, smanjena sposobnost učenja. Isto tako, Bošković (2009) ističe karakteristike starosti, a to su: veće slabljenje mentalnih sposobnosti, selektivno usmjerena pažnja, opadanje sposobnosti pamćenja, slabljenje senzornih sposobnosti.

Proces starenja je proučavan vijekovima. "Prvi pokušaji da se objasni proces starenja naučnim metodom pojavili su se u 17. vijeku, a jedan od prvih naučnika koji je svoja istraživanja posvetio proučavanju starosti bio je Frensis Bejkon." (Brajković, 2010). "Starenje je za pojedinca proces fizičkih, mentalnih i psihičkih promjena koje se dešavaju tokom cijelog životnog ciklusa, a u posljednjoj trećini života značajno se intenziviraju. (Cеровski i Perkić, 2009). Pojmovi starenje i starost su različiti i važno je znati u čemu se razlikuju. Prema Cerovskom i Perkiću (2009), starenje je životna funkcija, dok je starost posljednji period života koji se može definisati prema hronološkoj dobi, društvenim ulogama i funkcionalnim sposobnostima.

1.1.1 Karakteristike ili osobenosti treće životne dobi

Starije osobe su samostalni i integrirani članovi društva, odrasli su i svi bi se prema njima trebali tako ponašati. Dakle, imaju ista osnovna prava kao i svi ljudi, samo što su im, zbog starosnih predrasuda, često uskraćeni (Lawton, 2001).

Svjetska zdravstvena organizacija prepoznaje koncept aktivnog starenja koji se zasniva na principu fleksibilnosti u procesu starenja pored činjenice da je, uprkos visokoj relevantnosti

biografskih efekata, moguće utjecati na tok starenja, tako da se proces može promijeniti ili poboljšati odgovarajućim intervencijama ili mjerama (Tesch - Roemer, 2012).

Danas se život odvija drugačije od života naših roditelja, prijatelja, braće ili naše djece. Stoga je izvjesno da će starijih osoba, posebno onih najstarijih, kojima je briga i njega najpotrebnija, biti još više, dok će mlađih u budućnosti biti sve manje.

Da bi se očuvala vitalnost u trećem životnom dobu, posebno je važno održavati motivaciju za učenje i sticanje novih znanja. To može predstavljati jedan od osnovnih načina očuvanja sposobnosti: pamćenja, inteligencije i kreativnosti. Pored navedenog, u cilju očuvanja vještina starijih osoba, dodatni doprinos može dati uključivanje i učešće u volonterskom radu.

Također treba imati na umu da je pojava bolesti vjerovatnija u starijoj dobi, ali se slabost i bolest mogu izbjeći. Većina starijih osoba ostaje u dobroj fizičkoj kondiciji i funkcionalnoj sposobnosti do starosti. Često se neka funkcionalna ograničenja starijih osoba mogu otkloniti pravilnim načinom života i prilagođavanjem okoline. Iako se osjećaji mijenjaju tokom života, oni ne nestaju samo zato što čovjek stari. U svemu navedenom treba napomenuti da se stariji moraju boriti protiv izolacije, koja je ujedno i jedno od najvažnijih ulaganja u aktivno starenje, kao i stvaranje pozitivnog efekta u zdravom tijelu i duhu kroz fizičku aktivnost i postizanje osjećaja zadovoljstva životom (Tesch-Roemer, 2012). Naime, treba imati na umu da je jedan od najznačajnijih problema sa kojima se starije osobe susreću upravo usamljenost, jer je čovjek društveno biće i da bi preživio mora živjeti u društvu i u mreži stalnih kontakata.

1.2. Smještaj starije osobe u instituciju

Smještanje starije osobe u ustanovu može izazvati i osjećaj odbačenosti i usamljenosti, kao i niz drugih osjećaja koji mogu negativno uticati na zdravlje osobe. Međutim, pored navedenog, može se pretpostaviti da se predrasude prema institucionalnom modelu zaštite uglavnom odnose na osobe treće životne dobi koje imaju porodice i koje pristojno žive u sopstvenom domaćinstvu. U slučaju bilo kakvih promjena u životu ovih osoba koje mogu dovesti do neophodnog smještaja u neku od ustanova za njegu i njegu, postoji rizik da se period adaptacije produži ili čak da se osoba potpuno povuče i izoluje, što sve zajedno može imati izuzetno negativan uticaj na dalji tok funkcionisanja.

Neki autori (Thornton, 2002, prema Tomečak, Štambuk, Rusac, 2013) navode nekoliko različitih mitova o starijim osobama.

Prvi mit o starenju je da ljudi trebaju biti svjesni da će se njihovo mentalno i fizičko zdravlje pogoršavati kako stare. Ovo je djelimično istinit mit, jer iako starije osobe imaju određene zdravstvene probleme, kao npr usporen metabolizam, opuštanje mišićne mase i sl., treba imati na umu da sve ove promjene nisu kronične i da se mogu ublažiti raznim tehnikama, vježbama i navikama. Pomenuti mit bi, zapravo, trebao biti jasan svakom čovjeku i da je to stanje koje čeka svakoga od nas koji doživi starost, a ne da se stariji gledaju.

kroz predrasude prema njihovom stanju i godinama. Da bi starost bila ugodnija, potrebno je postići aktivno održavanje fizičkih i mentalnih kapaciteta, uz slobodno prilagođavanje aktivnostima koje mogu obavljati.

Još jedan mit o starenju polazi od činjenice da većina starijih ljudi ima iste potrebe. Ovo je potpuno netačan mit, jer se individualne karakteristike osobe razlikuju jedna od druge od

rođenja, a povećavaju se s godinama. Protiv ovog mita navodi se raznovrsnost mogućih definicija starosti, tj. kao hronološka ili kalendarska starost. Predrasude protiv

institucionalnog smještaja zbog tvrdnje da većina starijih osoba ima iste ili slične potrebe je netačan i upravo zbog individualnih razlika starijih osoba i usluga koje su im pojedinačno potrebne.

Treći mit o starenju je da je iskustvo starijih manje relevantno za savremeno društvo, što je također netačno jer se iskustvo starijih ne može steći putem društvenih mreža (kultura i običaji, vještine starih zanata, kuharske vještine, prenošenje kulturnih i vjerskih vrijednosti) i stoga ih treba poštovati.

S obzirom na to da domove za stare uglavnom naseljavaju ljudi koji su iza sebe ostavili aktivan poslovni život i stekli mnoga životna iskustva, nemoguće je prihvatiti činjenicu da u ovakvim ustanovama nema mudrosti, vrijednosti i znanja koje mogu koristiti kako drugim korisnicima ustanove, tako i drugim mlađim članovima društva, zaposlenima i sl. Predrasude da se u ustanovama socijalne zaštite ne može naučiti ništa novo i da je to "posljednja stanica života" za stariju osobu samo su netačna nagađanja i neutemeljene pretpostavke.

Četvrti mit o starenju govori o tome kako većina starijih ljudi želi živjeti u miru i samoći. Činjenica je da se stariji ljudi djelimično žele posvetiti mirnijem i jednostavnijem životu (čitanje knjiga i sl.), ali činjenica da ne žele imati društvene interakcije s drugim ljudima nije u potpunosti istinita, jer je intenzitet interakcije s drugim ljudima jednakost s drugim ljudima.

Peti mit je o brizi o starima i rasipanju sredstava prema mlađoj populaciji.

Međutim, dokazano je da pomoć starima doprinosi i mlađoj populaciji (zaštitne mjere na putevima, proizvodi u manjim pakovanjima i paketićima), te je potrebno pravilno ocijeniti mjere koje se donose za starije osobe.

Šesti mit je zasnovan na podobnosti starijih ljudi za posao, ali smo svjesni da obavezno penzionisanje nema stvarne veze sa mogućnostima rada, sposobnostima i donošenjem odluka. S druge strane, starost može podići njihove mentalne kapacitete

(izgradnja strategija, postavljanje logičkih temelja za donošenje odluka, itd.), a ne nužno njihovo smanjenje.

I na kraju, sedmi mit kaže da stariji treba da se povuku. Zapravo, činjenice govore suprotno, jer nije ključna mogućnost učenja, već način učenja (naglasak na praktičnom iskustvu, postepeno učenje i sticanje novih znanja sa već stečenim iskustvom). Pored navedenog, starije osobe su upornije i imaju više motivacije za učenje od mlađih ljudi, te mlađima mogu poslužiti kao primjer.

1.3. Promjene u životu

Osobe treće životne dobi se suočavaju s brojnim promjenama u životu koje dolaze sa starenjem. Odnos sredine prema ljudima treće životne dobi se menja. Bošković (2009) ističe da okruženje postaje sve negativnije nego ranije. Također, prema Boškoviću (2009), mnogi ljudi ostaju bez bračnog druga, djeca ih napuštaju, a krug prijatelja i poznanika im se prorjeđuje. "Okruženje ih tretira kao one koji su počeli gubiti vrijednost." (Bošković, 2009). Starije osobe se često boje ovisnosti o drugima, bilo da se radi o finansijskoj ili fizičkoj ovisnosti. Ljudi treće životne dobi često imaju problema sa finansijama, zbog odlaska u penziju i slabljenja prihoda. Schaie i Willis (2001) ističu da se troškovi starijih osoba

mijenjaju, posebno nakon odlaska u penziju, smanjuju se troškovi vezani za zapošljavanje, a povećavaju se troškovi koje osoba do tada nije imala, na primjer, plaćanje pomoći oko kuće, kao što je čišćenje ili farbanje zidova. Iako se fizička, finansijska ili emocionalna ovisnost ne dešava svim starijim osobama, zbog svih promjena na koje se ljudi moraju prilagoditi, pojavljuje se strah od njih.

Prema Boškoviću (2009), odlazak u penziju, pored slabljenja prihoda, uzrokuje i novi gubitak društvenih veza. Vadjla (2017) navodi da je odlazak u penziju period u kojem osoba završava svoj formalni radni vijek. Takođe, prema Pečjaku (2001), ljudi koji su bili uspješni u svom poslu i u njemu našli smisao života teže će se prilagoditi penziji, a odlazak u penziju će za njih predstavljati veliku frustraciju. "Proces penzionisanja se može posmatrati kao niz prilagođavanja, koje se dešavaju u pet faza, a nisu niz događaja koji su u svemu jednaki, niti su nužno povezani sa određenom hronološkom dobi ili trajanjem." (Despot Lučanin, 2000, 7) Jedan od najvećih problema i promena u životu ljudi treće životne dobi je gubitak supružnika. Gubitak supružnika ima različite posljedice, a svaka osoba se drugačije nosi sa ovom situacijom. Bengston, Rosenthal i Burton (1990, prema Schaie i Willis, 2001) navode da starije žene, čiji je supružnik umro, doživljavaju niz društvenih, psiholoških i ekonomskih poteškoća. Muškarci čije su žene umrle doživljavaju različite poteškoće. Posljedice i poteškoće s kojima se ljudi suočavaju nakon gubitka supružnika su individualne i ne postoji pravilo kakve će to biti posljedice niti kako će se osoba nositi u ovoj situaciji. Bez obzira na spol ili godine, gubitak supružnika može uzrokovati usamljenost, emocionalnu i socijalnu. Fiske (1980, zasnovan na Schaie i Willis, 2001) ističe da smrt supružnika uklanja mnoge društvene interakcije te osobe. Zbog ove izolacije od društva i prestanka sudjelovanja u raznim društvenim događajima i interakcijama, ljudi osjećaju socijalnu usamljenost. Prema Schaie i Willisu (2001), ljudi koji izgube supružnika doživljavaju emocionalnu usamljenost jer su lišeni svoje najintimnije veze i osobe koja im je bila najvažnija. Kako bi se što bolje prilagodili svim promjenama koje donosi starost i kako bi uspješno starili, za to su potrebni određeni kriteriji, Schaie i Willis (2001) navode da su kao kriteriji ljudi srednjih godina naveli samopouzdanje, samospoznavanje i samoprihvatanje, dok su stariji naveli smisao za humor, uživanje u životu i prihvatanje promjena. Sve promjene sa kojima se ljudi suočavaju u trećem životnom dobu mogu biti teške, ali ljudi ih moraju prihvatiti i prilagoditi kako bi bili zadovoljni svojim životom.

1.3. Kvalitet života osoba treće životne dobi

Kvalitet života ljudi u trećem životnom dobu zavisi od različitih faktora. Proučavanjem treće životne dobi i društvenih interakcija razvijeno je nekoliko teorija o društvenim interakcijama u starosti. „Penzioneri koji imaju bolji kontakt sa svojom društvenom mrežom (djeca, unuci, rođaci, prijatelji) aktivniji su i zadovoljniji ovim odnosima, više su uključeni u život zajednice (npr. kino, pozorište, organizirani događaji) i stoga su zadovoljniji svojim položajem u društvu, provođenjem slobodnog vremena, prethodnim životom i upoređivanjem svog

života sa životima prijatelja." (Žganec i sar., 2007). Starije osobe koje ne mogu živjeti bez tuđe pomoći često su nezadovoljnije životom. Prema Vuletiću i Stapiću (2013), najveći izvor životnog zadovoljstva kod starijih je osjećaj korisnosti. Kvaliteta života je subjektivna, pa se razlikuje od osobe do osobe, ne zavisi od pola, godina ili bilo kojeg drugog faktora. "Mogu se uočiti razlike u kvaliteti života s obzirom na neke demografske varijable kao što su dob, spol,

stepen obrazovanja ili bračni status, ali su rezultati takvih istraživanja uglavnom nedosljedni." (Vuletić i Stapić, 2013).

1.4. Usamljenost starijih ljudi

Ljudi treće životne dobi se često osećaju usamljeno. Nadalje, Kučej (2020) navodi da se usamljenost smatra najčešćim problemom koji je povezan sa starenjem, te kao takav utiče na kvalitet i zadovoljstvo života.

Osjećaj usamljenosti može se pojaviti iz različitih razloga, kao što je na primjer gubitak supružnika, bliskih ljudi, nedostatak društvenih veza. Kahn et al. (2003), prema Vuletiću i Stapiću (2010), navode da socijalna podrška uvelike smanjuje osjećaj usamljenosti kod starijih osoba. Starije osobe koje žive sa supružnikom često se osjećaju manje usamljeno od ljudi koji žive sami zbog smrti supružnika. Istraživanje koje su proveli Vuletić i Stapić (2010) pokazuje da su starije osobe koje žive same usamljenije od osoba koje žive sa supružnikom ili sa djecom, te su manje zadovoljne svojim odnosom sa bliskim ljudima i pripadnošću zajednici. Kako bi se smanjila usamljenost starijih osoba, treba ih uključiti u život zajednice i raditi na stvaranju novih društvenih veza. „Kako bi smanjile usamljenost, mnoge evropske zemlje razvile su intervencije promocije zdravlja koje se mogu podijeliti na individualne programe (uspostavljanje prijateljstva između starije osobe i gerontodomačice – individualne kućne posjete jednom mjesečno) i intervencije u zajednici gdje se resursi zajednice koriste za podršku starijim osobama i njihovim potrebama. (Kučej, 2020).

1.5. Ageizam

Zbog brojnih stereotipa i predrasuda u društvu, koje se odnose na osobe starije životne dobi, razvio se oblik diskriminacije, ageizam. "Izraz ageizam izveden je iz engleske imenice age, age, godine života, starost." (Pečjak, 2001). Prema Cerovskom i Perkiću (2009), ageizam predstavlja ograničavanje i/ili nepriznavanje prava starosnih grupa. „Ageizam je termin koji označava diskriminaciju starijih ljudi i novijeg je datuma i prihvaćen je u mnogim zemljama.“ (Butirić, prema Rožiću, 2019.). Prema Mauroviću (2015), ageizam je ograničavanje i nepriznavanje prava starosnih grupa. Pečjak (2001) navodi da je ageizam gledište koje ne prihvaća individualni pristup starijim osobama. Ageizam je diskriminacija starijih osoba koja je usmjerena prema njima isključivo zbog njihove dobi. "Njegovi protivnici zahtijevaju individualan pristup, odnosno da se svakome sudi individualno, a ne samo prema pripadnosti starosnoj grupi. (Cerovski i Perkić, 2009), Vranić, Korajlija i Raguž (2018, prema Rožić, 2019) navode da je ageizam vlastita predrasuda prema budućem sebi. To jest, ageizam je nastao iz straha od starenja i smrtnosti. Perišin i Kufrin (2009) dijele ageizam u tri kategorije: prva kategorija podrazumijeva ponašanje koje isključuje i ignoriše starije ljude; druga kategorija uključuje diskriminaciju starijih, zlostavljanje, promovisanje negativne slike putem medija; treća kategorija podrazumijeva pozitivnije ponašanje, odnosno ponašanje koje je zaštitničko. Vitman, Iecovich i Alfasi (2014) ističe da se ageizam može manifestovati diskriminacijom starijih ljudi s jedne strane i zlostavljanjem i nasiljem s druge strane.

Prema Perišinu i Kufrinu (2009), mnogi autori koji proučavaju ageizam ističu da je on prisutan u medijima. „Dokazano je da se starije osobe u medijima prikazuju negativnije od mladih ljudi. (Perišin i Kufrin, 2009). Ljudi treće životne dobi su manje zastupljeni u

medijima od mlađih ljudi. Rajić, Megla i Horvat (2009) navode da su starije osobe slabije zastupljene u reklamama i da su uglavnom sporedni likovi sa perifernim ulogama, koji se pojavljuju u uskom području reklama koje je povezano s negativnim procesom starenja. U istraživanju koje su proveli Perišin i Kufrin (2009.) analizirali su informativne emisije u Hrvatskoj 21 dan, a od 938 emisija samo njih 58 prikazuje starije osobe, a kada se prikazuju, najčešće su u ulozi onih koji su razočarani sustavom, političarima, cijenama i slično.

"Takva reprezentacija navodi gledatelja na stvaranje stereotipa o starijima, kao što su da su siromašni, bolesni, nespretni, nezadovoljni i da se stalno žale." (Perišin i Kufrin, 2009) Healey i Ross (2002, prema Rajić i sar., 2009) navode da su osobe treće životne dobi u svom proučavanju BBC programa izražavale nezadovoljstvo zbog jakih stereotipa i niske zastupljenosti u televizijskim programima.

Starost utiče na društvene odnose i interakcije, zaposlenje, ali i na samopouzdanje i samopoštovanje kod starijih ljudi. Perišin i Kufrin (2009) ističu da su negativni stavovi prema starijima stvoreni zbog ageizma, kao što su stavovi da su stariji bolesni ili neproduktivni.

„Jedna od posljedica je da se mnogi stari ljudi pokušavaju prilagoditi ovakvom negativnom odnosu prema svojoj generaciji i prihvatiti inferiorni društveni položaj“ (Adler, 2003, prema Maurović, 2015). Whitman et al. (2014) navode da negativne slike starenja i starenja dovode do socijalne isključenosti starijih osoba. Prema Uhlenbergu (2000, prema Vitman et al, 2014) ageizam će se razviti u društvu u kojem su interakcije između generacija ograničene, dok će povećane društvene interakcije dovesti do smanjenja ageizma. U društvu u kojem je nivo društvenih interakcija mlađih i starijih viši, broj stereotipa i predrasuda će biti manji. Također, ako se starije osobe u medijima prikazuju kao aktivne, a ne samo pasivne ili u negativnom kontekstu, mišljenje društva o njima će biti drugačije. "Mali broj prikaza starijih ljudi u aktivnim ulogama može stvoriti percepciju kod gledatelja da su stariji ljudi također društveno aktivni." (Perišin i Kufrin, 2009).

Nadalje, organizovanjem različitih aktivnosti i projekata u kojima mogu učestvovati i stariji i mlađi, moguće je smanjiti diskriminaciju starijih osoba. Whitman et al. (2014) navode da se protiv starenja može boriti učešćem u političkim aktivnostima i građanskim angažmanima, kao i društvenom integracijom.

1.6. Gerontologija

U prošlosti je starost bila kratak dio života, a mnogi ljudi nisu ni doživjeli starost. Situacija je danas drugačija i sve više ljudi može očekivati starost. Schaie i Willis (2001) navode da danas, za značajan broj ljudi, starost čini trećinu života. Zbog toga se razvila nauka gerontologija. Prema Schaieu i Willisu (2001), počeci razvojne psihologije odraslih pojavili su se u proučavanju starenja. "Gerontologija je proučavanje pojava u procesu starenja od zrelosti do starosti, kao i proučavanje starijih osoba kao posebne populacije." (Schaie i Willis, 2001). Prema Zovku Zlokoviću i Kuzmi (2020), termin gerontologija prvi je upotrebio biolog Eli Mečnikof 1903. godine u Biološkoj studiji starenja. Gerontologija je grana andragogije, koja je, prema Pongracu (1985, prema Fažonu, 2020), nastala zbog sve veće populacije osoba treće životne dobi i njihove potrebe za obrazovanjem. „Gerontologija je interdisciplinarna nauka o starijim osobama koja, osim bioloških, zdravstvenih, psiholoških, socijalnih, uključuje i edukativna i druga znanja iz teorije i prakse u cilju postizanja ljudskog blagostanja. (Zloković i Zovko, 2020) Mali i Štambuk (2019) navode da je gerontologija

nauka o starosti, starim ljudima i starenju koja se bavi socijalnim i medicinskim aspektima starenja. Brajković (2010, prema Zovko i dr., 2020)

navodi da se gerontologija dijeli na biološku ili medicinsku, psihološku i socijalnu gerontologiju. "Biološka gerontologija proučava biološku osnovu starenja organa i organskih sistema." (Zovko et al., 2020, 21) Psihološka gerontologija, prema Zovku i sar. (2020) istražuje sve psihološke promjene koje se javljaju u starosti. "Socijalna gerontologija istražuje kako društvena struktura utiče na populaciju starijih ljudi, posebno na njihovo lično iskustvo starenja, i obrnuto kako stariji ljudi i njihova iskustva sa starenjem utiču na ukupnu društvenu strukturu." (Mali i Štambuk, 2019., 129) Prema Zovku i sur. (2020) socijalna gerontologija proučava društvene odnose između društva i starijih osoba. Mali i Štambuk (2019) navode da se socijalna gerontologija bavi društvenim odgovorima na demografske promjene i utjecajem tih odgovora na starije osobe. Nova gerontologija zasniva se na konceptu uspješnog starenja. Prema Holsteinu i Minkleru (2003), fokusiran je na zdravlje i aktivno učešće u životu i kao takav daje pojedincima moć da postignu takvo stanje. Holstein i Minkler (2003) navode da nova gerontologija usvaja model prevencije, odnosno daje savjete i upute kako se trebamo ponašati tokom života kako bismo smanjili padove i gubitke koji se javljaju u starosti.

2. Formalna i neformalna briga o starima

Cilj vaninstitucionalnih oblika brige o starima je da se starima omogući da ostanu živjeti u svojim domovima, ali da dobiju neophodnu njegu. Gerontološki centri su oblik vaninstitucionalne brige za starije osobe. „Gerontološki centri su ustanove neposredne i integralne multidisciplinarne vaninstitucionalne zaštite starijih osoba u lokalnoj zajednici.“ (Laklija, Rusac i Žganec, 2007). Prema Lakliji i dr. (2007) gerontološki centri organizuju dnevni boravak za starije osobe, psihološko i zdravstveno savjetovanje, programe fizikalne terapije i fizičke aktivnosti, kulturno-zabavne aktivnosti, ishranu, kućnu njegu itd. Prema Cerovskom i Perkiću (2009), jedan od oblika brige o starima je dopunska pomoć u

u domu, što uključuje kućnu njegu, donošenje hrane i namirnica, pomoć u održavanju kuće i posjete druženju. „Jedan od oblika socijalne zaštite starih i nemoćnih lica je osposobljavanje određenog broja lica kroz kurs za njegu i brigu o starima, čime se rješava i pitanje dijela nezaposlenih, posebno žena srednjih godina.“ (Cerovski i Perkić, 2009, 37) Klubovi za stare su takođe vid brige o starima. „Svrha rada klubova je omogućavanje druženja sa vršnjacima, upoznavanje dnevnih dešavanja i novosti, omogućavanje korištenja informacionih resursa, organizovanje raznih zabavno-rekreativnih aktivnosti i dr.“ (Cerovski i Perkić, 2009, 37) Prema Cerovskom i Perkiću (2009), klub zadovoljava i potrebe kao što su grijana prostorija, obrok ili organizovanje radionica.

2.1. Fizička aktivnost

Fizička aktivnost je važna za sve, a posebno za starije osobe. Obavljanjem fizičkih aktivnosti i vježbanjem osoba će se osjećati bolje i fizički i psihički. "Fizička aktivnost je svaka fizička aktivnost koja rezultira potrošnjom energije većom od one u stanju mirovanja, a može se provoditi u različitim oblicima i intenzitetima." (Maček, Balagović, Mandić, Telebuh i Benko, 2017, 147) „Brojna dosadašnja istraživanja, posebno vezana uz tjelesno vježbanje (rekreativno) u posljednje dvije i pol godine u pet domova umirovljenika u Zagrebu i jednom u Novigradu u Istri, pokazala su da sistemsko i redovito tjelesno vježbanje uzrokuje brojne

pozitivne promjene u tijelu.“ (Turk, 2000, 11) Bošković (2009) navodi da su fizička aktivnost i zdrave prehrabene navike dobre za sve, a posebno za starije. „Vježbanje fizičke aktivnosti podrazumijeva svijest pojedinca o korisnosti fizičke aktivnosti za zdravlje, prevenciju bolesti i psihosocijalno funkcioniranje. (Maček i sur., 2017). Prema Turku (2000), redovno vježbanje poboljšava funkcije respiratornog sistema, centralnog nervnog sistema i rad srčanog mišića. „Istraživanjem je utvrđeno i primjetno ublažavanje poremećaja u psihosomatskoj organizaciji organizma – raznih depresivnih stanja, senilne i presenilne psihoze, te klimakterijskih tegoba. (Turčin, 2000).

"Brojne studije pokazuju da redovna energična aktivnost može usporiti efekte starenja kao što je gubitak mišićne mase i snage." (Bošković, 2009, 31) Prema Berku (2008), stariji ljudi koji žive sjedilački i započinju vježbe izdržljivosti u dobi od 80 godina pokazuju poboljšanje vitalnog kapaciteta. Nadalje, prema Boškoviću (2009), fizička aktivnost pomaže i kod razvoja depresivnog sindroma i zaborava. Iako je fizička aktivnost važna i postoje brojne pozitivne posljedice bavljenja tjelesnim aktivnostima, ona često izostaje, odnosno starije osobe nailaze na brojne prepreke koje ih onemogućavaju da se bave fizičkim aktivnostima. Orsega-Smith, Payne, Mowen, Ho i Godbey (2007) kategoriziraju ove prepreke kao lične, koje uključuju sigurnosne probleme, loše zdravlje, nedostatak vremena, energije i motivacije, nedostatak vještina i okolinu, što uključuje nedostatak slobodnog prostora za bavljenje fizičkom aktivnošću, nedostatak mjesta za sjedenje i odmor, i loše vrijeme. Crawford, Jackson i Godbey (1991, prema Orsega-Smith et al., 2007) stavljaju ograničenja na fizičku aktivnost u 3 kategorije:

-intrapersonalna, interpersonalna i strukturna ograničenja. Orsega-Smith et al. (2007) navode da su intrapersonalna ograničenja psihološka stanja pojedinca, na primjer ličnost ili stavovi, interpersonalna ograničenja proizlaze iz društvenih interakcija i podrške, a strukturna ograničenja su, na primjer, nedostatak mogućnosti zbog pristupa ili cijene aktivnosti, proizlaze iz vanjskih uvjeta. Berk (2008) navodi da će se stariji ljudi koji cijene dobrobiti vježbanja češće odlučiti za redovno vježbanje. Prema Orsega-Smith et al. (2007) da bismo odlučili da se bavimo fizičkim aktivnostima ili da budemo efikasniji u tome, može nam pomoći posmatranje drugih u fizičkim aktivnostima, dobijanje povratnih informacija i podrške od članova porodice ili prijatelja. Bavljenjem fizičkom aktivnošću stariji ljudi će se osjećati bolje, ali na taj način mogu i učestvovati u životu zajednice, na primjer kroz organizirano grupno vježbanje ili šetnju. "Fizička aktivnost može biti medij kroz koji pojedinac može ostvariti socijalnu interakciju." (Maček i sur., 2017).

2.2. Koncept aktivnog starenja

Koncept aktivnog starenja kombinuje individualne procese i mogućnosti u zajednici za zdravlje, saradnju i društvenu integraciju. Sredinom devedesetih godina prošlog stoljeća Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2002) razvila ga je s ciljem promovisanja zdravog starenja i pronalaženja odgovarajućih odgovora kako bi se na najbolji način iskoristio potencijal starije generacije u smislu „dodavanja života životu“.

Koncept aktivnog starenja postao je prioritet politike Evropske zajednice, kao i organizacija poput OECD-a, Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj. Prema Evropskoj komisiji (1999.), aktivno starenje znači prilagođavanje našeg načina života činjenici da živimo duže, da imamo više resursa, da imamo bolje zdravlje nego ikada prije i da nemamo predrasude prema starenju.

U gerontologiji se mogu naći različite definicije aktivnog starenja, a klasičnu definiciju aktivnog starenja daju Rowe i Kahn (1997), koji izjednačavaju akutnu i hroničnu koegzistenciju, te uspješan suživot u ravnopravnoj saradnji sa sredinom u kojoj osoba živi (Kepeš, Huzejrović, Kujundžić, 2019).

Uspješno, zdravo i produktivno starenje smatra se poželjnijim od "normalnih" ili "patoloških" procesa starenja, a većina ljudi želi starost bez prisutnosti akutnih i kroničnih bolesti i dob u kojoj su sposobni za autonomiju, aktivno i ravnopravno učešće, ali to nije moguće za sve pojedince.

Aktivno starenje koje zagovara SZO omogućava svim ljudima da ostvare svoje potencijale za fizičko, socijalno i mentalno blagostanje tokom cijelog životnog vijeka i da učestvuju u društvu u skladu sa svojim potrebama, željama i mogućnostima, a istovremeno im pruža adekvatnu zaštitu, sigurnost i pažnju kada im je potrebna pomoć. Koncept koji zastupa SZO odnosi se na cjeloživotni pristup aktivnom starenju i kombiniranje bioloških, socijalnih i psiholoških aspekata starenja. Stoga se aktivno starenje može tumačiti kao „proces optimizacije mogućnosti za zdravlje, saradnju i sigurnost kako bi se osigurao kvalitet života tokom starenja“ (WHO, 2002, str. 12).

Raspon aktivnosti i inkluzivni pristup poklapaju se sa principima i aspektima u paradigmi cjeloživotnog razvoja i perspektivi životnog toka. Koncept aktivnog starenja upozorava da stariji nisu homogena grupa. U starijoj dobi postoje velike razlike među pojedincima u pogledu zdravlja, fizičkih sposobnosti, kognitivnog funkcioniranja, socioekonomskog statusa i sposobnosti društvene integracije. Zagovarajući aktivno starenje, ne treba zanemariti ni one starije osobe koje su ranjive, kojima je potrebna pomoć i koje nisu u stanju da se brinu o sebi.

Starost ima svoj sadržaj, koji je polazište za različite biografske faktore u procesu starenja (u pojedincu, u okruženju i sistemu u kojem živi). Ovome treba dodati značaj istorijskih uticaja i značaj i uticaj očekivanih i neočekivanih događaja na razvoj. Kontekst procesa starenja je okruženje u kojem pojedinci žive, kultura, društvo i vrijeme kada pojedinac stari. Slika starosti, stavovi o starenju na društvenom nivou, a samim tim i na individualnom, u velikoj mjeri mogu odrediti razvoj pojedinca. Uklanjanje predrasuda je jedan od osnovnih zadataka podrške u procesu zagovaranja aktivnog starenja.

Starenje u 21. stoljeću je prilično različito od starenja u 20. stoljeću, ne samo zbog produženog života, već i zbog izmijenjenih životnih uvjeta, zdravstvene zaštite, društvenih mreža i slično (Tesch-Roemer, 2012., prema Kepeš, Huzejrović, Kujundžić, 2019).

Koncept aktivnog starenja, posmatran historijski i sa pregledom različitih aspekata starenja, odgovor je na stereotipne aspekte starenja i srodne teorije. Prema Jhali i Arpita (2013) podržavanjem aktivnog starenja (Kepeš, M., Huzejrović, N., Kujundžić, V., 2019), postiže se:

- manje preranih smrti u produktivnom periodu života;

- manje invaliditeta u vezi sa hroničnim bolestima u starosti;

- više ljudi uživa pozitivan kvalitet života u procesu starenja;

- stariji ljudi više aktivno učestvuju u društvenim, kulturnim, ekonomskim i političkim aspektima društva, u plaćenim i neplaćenim ulogama, u porodici, domaćem okruženju i zajednici uopće;

- niži troškovi povezani sa medicinskim tretmanima i zdravstvenim uslugama.

Iz svega proizilaze ključni aspekti aktivnog starenja koje je 2002. godine istakla WHO:

autonomija koja se odnosi na sposobnost pojedinca da ima nadzor, kontrolu nad svojim životom i sposobnost da samostalno odlučuje kako će živjeti u skladu sa svojim vlastitim pravilima i željama;

- samostalnost ili sposobnost obavljanja poslova vezanih za svakodnevni život, sposobnost samostalnog života u zajednici, bez ili uz manju pomoć drugih;

- kvalitet života, koji se odnosi na percepciju pojedinca o svom životnom položaju u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojem živi, te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige. To je širok pojam koji na kompleksan način objedinjuje fizičko zdravlje osobe, psihičko stanje, stepen samostalnosti, društvene odnose, lična uvjerenja i odnos prema najvažnijim svojstvima u okruženju;

- očekivani zdrav životni vijek, koji se odnosi na to koliko ljudi očekuju da će živjeti bez invaliditeta.

-Važno je spomenuti i dvije procjene kvaliteta života koje proizilaze iz koncepta aktivnog starenja. Prvi je objektivna procjena kvaliteta starenja koja se može mjeriti posmatranjem pristupa pojedinca resursima i upravljanjem resursima, kao što su prihod, zdravlje, društvene mreže i lične kompetencije (Tesch-Roemer, 2012, prema Kepeš, Huzejrović, Kujundžić, 2019). Objektivni kvalitet života je visok u slučajevima kada su prihodi visoki, zdravlje dobro, a kompetencije stečene kroz obrazovni status visoke. Stoga se objektivni kvalitet života može mjeriti vanjskim promatranjem. Druga ocjena se odnosi na subjektivni kvalitet života, koji se zasniva na viziji i procjeni života pojedinca. Sa subjektivne tačke gledišta, kvalitet života može se ocijeniti kao vrlo nizak, čak i u slučaju kada je objektivni kvalitet života visok.

2.3. Uticaj okoline i porodice na formiranje predrasuda kod starijih osoba

Kvalitet života starije osobe zavisi od uticaja kulture i porodice u kojoj živi, fizičkog zdravlja, psihičkog stanja, stepena samostalnosti, mentalnih odnosa i ličnih uverenja. Društvo u cjelini, posebno putem medija, potiče strahove od starenja, a farmaceutska i kozmetička industrija prodaju sve više "čudotvornih" proizvoda koji usporavaju starenje. Starije osobe su u prošlosti zauzimale važno mjesto u društvu i bile su veoma cijenjene kao učitelji života sa velikim znanjem i iskustvom. Danas, u razvijenom svijetu koji je sve više orijentiran na mlade, stavovi su gotovo potpuno suprotni. Za mlade, akumulirano znanje starijih ljudi više nije vrijedan izvor mudrosti, ali im se čini da je nešto zastarjelo.

Razvojem društva došlo je do značajnih istorijskih promjena koje su doprinijele promjeni statusa starijih osoba. Prema Dozoisu (2006), to su:

- Razvoj štamparstva (stariji ljudi su izgubili značajnu ulogu čuvara znanja i prenosilaca tradicije, koja se do tada prenosila usmenom predajom);
- Industrijska revolucija (izazvala stvaranje nuklearnih porodica; tehničke vještine se cijene više od iskustva starijih, a stariji se ne mogu nositi sa čestim tehnološkim promjenama);

- Zagarantovana penzija (uvedeno u radno zakonodavstvo nakon industrijske revolucije; pensionisanje nakon navršenih određenih godina života, nezvezano za individualnu radnu sposobnost);

Prijatelji i komšije važni su kao izvor socijalne podrške jer često mogu priskočiti u pomoć starijoj osobi brže od porodice, s obzirom na prostornu blizinu i učestalost susreta. Vrlo stari ljudi znaju imati mnogo mlađe prijatelje, što je povezano i sa činjenicom da su im mnogi vršnjaci umrli, a starijim ljudima prijateljstvo služi kao izvor podrške i topline, a jaka ovisnost se obično izbjegava (samo se povremeno traži pomoć u svakodnevnom životu). Berk (2008) navodi da ljudi koji žive u gradovima i oni koji žive na selima izražavaju veće zadovoljstvo životom kada u njihovom susjedstvu živi više starijih stanovnika (dostupno društvo ljudi slične dobi).

Međutim, starije osobe koje žive same ili u domaćinstvu koje se sastoji od dvije dvostruko starije generacije (npr. bake i djedovi koji se brinu o unucima) imaju tendenciju da budu u posebno nepovoljnom položaju u manje razvijenim regijama. Ljudi treće životne dobi uglavnom imaju predrasude, a starije osobe često odbijaju zbog nečeg drugog, a ne prvenstveno zbog neposredne procjene njihovih sposobnosti (Schaie i Willis, prema Tomečak, Štambuk, Rusac, 2013).

Uticaj porodice i okruženja na odluke starijih je veliki i oni su ti koji mogu direktno uticati na starije da promene mišljenje o smeštaju u ustanove.

Odnos društva i mlađe populacije prema najstarijim članovima porodice može se izraziti agresivno, grubim reakcijama, potcjenjivanjem starijih ili direktnim stavljanjem do znanja najstarijim članovima da nisu dobrodošli u njihovo društvo. Rješenje za ovakav odnos i predrasude prema starijima je u njihovom institucionalnom zbrinjavanju, gdje starije osobe mogu uspostaviti duševni mir i društvene odnose sa osobama slične dobi i sličnih karakteristika. Porodica direktno utiče na starije osobe i odnos prema institucionalnom zbrinjavanju, bez obzira na društvene odnose, ako mlađi članovi porodice emigriraju, iz nekog razloga su spriječeni da brinu o najstarijim članovima porodice ili ne žele da se bave njihovim potrebama i obavezama.

Potencijalne prepreke za ravnopravno učešće starijih osoba u društvu uključuju siromaštvo, loše zdravlje, nizak nivo obrazovanja, nedostatak prevoza, pristup uslugama i starosnu diskriminaciju. Ne znajući prave informacije o potrebama starijih i njihovom doprinosu u suvremenom svijetu, stvara se polje za razvoj novih stereotipa i predrasuda prema starijima, karakterizirajući ih kao neproduktivne, zavisne i nepromjenjive, ili primjenu „dvostrukog standarda starosti“ (Hatch, prema Tomečaku, Štambuk Rusac, 2013), različitog za starije osobe, s obzirom na njihovu političku moć i socijalni status.

3. Institucionalni smještaj

U stručnoj literaturi najčešće se navode dva modela zaštite starijih, i to: institucionalni i vaninstitucionalni.

Institucionalno stanovanje može obezbijediti kvalitetne uslove života, što može biti važan preduslov za produženje životnog vijeka starijih osoba. Međutim, za smještaj u ustanove za stara lica i ostvarivanje prava na neophodnu njegu i pažnju, finansije su jedna od glavnih

prepreka sa kojima se starije osobe susreću. Starije osobe koje žive u sopstvenom domaćinstvu i čija su mjesečna primanja niska, a nisu u mogućnosti da se smjeste u ustanovu socijalne zaštite, često su prinuđene da štede na režijskim troškovima u domaćinstvu, ishrani, lijekovima, što negativno utiče na održavanje zdravih životnih navika, a samim tim i otežava prevenciju akutnih i hroničnih bolesti.

Za starije osobe sa invaliditetom (ili otežano hodaње) poseban problem predstavlja nedostatak lifta u zgradi u kojoj žive, što im dodatno otežava obavljanje svakodnevnih aktivnosti, ali i održavanje društvenih kontakata sa okolinom koja ih okružuje. Problemi starijih ljudi koji žive na selu ogledaju se u neadekvatnom javnom prevozu, udaljenosti staračkih kuća od autobuskih stajališta ili nemogućnosti da se u slučaju potrebe odmah odu kod ljekara.

U stručnoj literaturi najčešće se navode dva modela zaštite starijih, i to: institucionalni i vaninstitucionalni.

Institucionalno stanovanje može obezbijediti kvalitetne uslove života, što može biti važan preduslov za produženje životnog vijeka starijih osoba. Međutim, za smještaj u ustanove za stara lica i ostvarivanje prava na neophodnu njegu i pažnju, finansije su jedna od glavnih prepreka sa kojima se starije osobe susreću. Starije osobe koje žive u sopstvenom domaćinstvu i čija su mesečna primanja niska, a nisu u mogućnosti da budu smještene u ustanovu socijalne zaštite, često su prinuđene da štede na režijskim troškovima u domaćinstvu, hrani, lijekovima, što negativno utiče na održavanje zdravih životnih navika, a samim tim i otežava prevenciju akutnih i hroničnih bolesti.

Zbog svega navedenog, domovi za stare predstavljaju mjesto koje starijim osobama sa značajno smanjenim fizičkim i drugim mogućnostima omogućava život dostojan čovjeka. Pored prednosti kućnog smještaja za starije osobe, posebno za one koji su nepokretni, postoje i određene zamjerke koje se uglavnom odnose na odvajanje čovjeka od sredine u kojoj je živio i u kojoj je stekao neku vrstu životne rutine.

Zbog toga se ističe da je kod starije osobe promjenu mjesta stanovanja često praćena socijalnom izolacijom, problemima u adaptaciji i osjećajem da se nekome nameće ili da im se neko nameće. Da bi starija osoba donekle ublažila stres prelaska u novu sredinu i bila zadovoljna nastavkom života u domu, prije svega je potreban njegov dobrovoljni pristanak. U slučaju smještaja u neku od ustanova bez saglasnosti starije osobe, postoji rizik da će osoba dugo biti nezadovoljna, odnosno da će period adaptacije trajati mnogo duže.

U stručnoj literaturi najčešće se navode dva modela zaštite starijih, i to: institucionalni i vaninstitucionalni.

Institucionalni model zaštite starih lica, u najširem smislu, predstavlja smještaj treće godine u neku od specijalizovanih ustanova koje pružaju usluge, uglavnom stalnog boravka i njege. Ustanove za smještaj starijih osoba razlikuju se po standardima usluga koje pružaju. Važno je proceniti kada je starijoj osobi potrebno obezbediti neki oblik njege i da li ta osoba još uvijek može da živi kod kuće, uz svu pomoć, ili to više nije moguće (Havelka i Despot Lučanin, 2007).

Međutim, uprkos prednostima koje pruža institucionalni model zaštite starijih osoba, ovaj model je često povezan sa mnogim predrasudama. U kontekstu navedenog, može se reći da su prve predrasude starijih prema institucionalnom smještaju vezane za promjenu sredine, ali i navike domaćinstva u kojem žive, ustaljeni tok života itd. Jednostavno rečeno, ljudi treće

životne dobi teže se odlučuju na adaptaciju na novo i nepoznato. Nakon što osoba svjesno reaguje i shvati da nije u stanju da samostalno brine o sebi i svom zdravlju, te prevaziđe strah od nepoznatog, promjene životnih navika, brige o finansijskim problemima, povezanosti sa porodicom, tek tada stariji ljudi lakše prihvataju ovu vrstu zaštite i pomoći. Možda glavni razlog za navedeno može se tražiti u nepoznavanju prednosti, obima i kvaliteta usluga koje se starima pružaju kroz institucionalni model zaštite.

Atomizacija porodice dovodi do činjenice da je sve većem broju starijih osoba potrebna stalna njega, pa ne čudi sve veći broj zahtjeva za institucionalnim vidom zaštite starijih osoba u cijelom svijetu, a samim tim i u Bosni i Hercegovini. Međutim, specifičnost institucionalnog modela zaštite starijih osoba u Bosni i Hercegovini ogleda se u činjenici da se za ovu vrstu zaštite starih i dalje vezuju predrasude. Naime, predrasude u starosti su odraz pretežno negativnih karakteristika tog uzrasta na čitavu grupu starijih, a odnose se na: fizičku, intelektualnu i seksualnu nemoć, slabo pamćenje, rigidnost u mišljenju, ovisnost o drugima, konzervativizam, škrtost, svadljivost, "ludost", egocentričnost itd. (Pečjak, 2001; Schaie i Willis, 2001; Humert et al., 1994). U dostupnoj literaturi (Pečjak, 2001; Schaie i Willis, 2001; Despot Lučanić, 2003) mogu se naći opisi starijih kao umornih, tromih, pasivnih ljudi koji su slabi i zavisni od drugih. Starije se na negativan način prikazuju u medijima (film, knjiga), u brojnim šalama i šalama, a često i u razgovorima. Dakle, u nedostatku stvarnog kontakta između mladih i starijih, mediji često postaju jedini izvor međugeneracijskog kontakta, što onda ostavlja dovoljno prostora za prihvaćanje stereotipa (Vickers, 2007; Bailey, 2010). Sve navedeno predstavlja društveni pogled na slabosti starijih, ali i stvarne predrasude starijih i članova njihovih porodica o institucionalnom modelu zaštite starijih osoba, koji je oblik trajne brige o starima u nekoj ustanovi socijalne zaštite.

Ono što dodatno doprinosi razvoju predrasuda prema institucionalnom modelu zaštite starijih je činjenica da se osobe treće životne dobi teže odlučuju za nastavak života u novom i nepoznatom, te za ulazak u nove odnose u novom okruženju u kojem se ustanova nalazi. Naime, većina starijih ljudi teško napušta svoje svakodnevne navike, jer uglavnom imaju već uspostavljen sistem života i funkcionisanja sa okolinom.

Institucionalni smještaj starijih osoba - odnosi se na uslugu smještaja osoba treće životne dobi kojima je stambeno zbrinuta i podmiruju životne potrebe, kao i zdravstvenu zaštitu starih lica u domovima socijalne zaštite, a smještaj može uključivati: usluge prijema, smještaja, ishrane, nabavku odjeće i obuće, održavanje lične higijene, zdravstvenu njegu i njegu, čuvanje i organizaciju slobodnog radnog vremena, rehabilitaciju, psihosocijalnu rehabilitaciju.

Institucionalni model zaštite starih lica, u najširem smislu, predstavlja smještaj osoba treće životne dobi u jednu od ustanova koje pružaju dugotrajnu njegu. Iako većina ljudi čezne za što dužim životom u vlastitom domu, ponekad to nije moguće iz različitih razloga, pa je potrebno biti informiran o alternativnim oblicima zaštite, odnosno o oblicima smještaja van vlastite porodice. Osim smještaja (stalnog ili privremenog), domovi za stare obezbjeđuju sveobuhvatnu njegu, ishranu, održavanje lične higijene, zdravstvenu zaštitu, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. Iz navedenog proizilazi društveni cilj istraživanja koji se može definirati kao podizanje svijesti uže i šire zajednice o institucionalnom modelu zaštite.

Navedeni cilj posebno se odnosi na starije osobe koje su najveći dio života provele u ruralnim područjima, a kod njih su najizraženije predrasude o zaštiti starijih osoba izvan vlastitog doma.

Predrasude se najčešće vezuju za institucionalni model zaštite starijih zbog straha od nepoznatog, društvenog okruženja i šire zajednice, životnih navika, ali i zbog tradicionalnog shvaćanja da deca u trećoj životnoj dobi treba da brinu o roditeljima.

Za neke starije osobe, svaka promjena u odnosu na vlastiti dom i život je ponižavajuća i utiče na njihov autoritet, ali i doprinos koji su dali svojoj porodici tokom života. Stoga starije osobe smještaj u ustanove doživljavaju kao izolaciju od porodice, te u tim situacijama krive sebe, smatraju svoju situaciju sramotnom, misle da će biti neshvaćeni i boje se mogućih posljedica (Rusac, Čizman, 2011).

Veoma značajna činjenica je da značajan broj starijih ljudi koji žive sami ne osjeća potrebu da ide u ustanovu socijalne zaštite. Čini se da je ovaj fenomen dokaz da naši ljudi još uvijek imaju duboko ukorijenjeno negativno mišljenje o institucionalnoj zaštiti. Stav starijih prema

njihov ulazak u instituciju vezan je za njihovu svijest o životu u ovim institucijama. Spremnost starije osobe da prihvati ustanovu biće veća ako se osoba ranije susrela sa smještajem u ustanovama i ako ima informacije o pogodnostima smještaja. Naprotiv, starije osobe koje nisu imale priliku da se informišu i upoznaju sa oblikom institucionalnog zbrinjavanja starih biće manje voljni da budu smešteni u ustanovu za zbrinjavanje starih lica. Takvi stariji ljudi su uglavnom nižeg obrazovanja i niskog socioekonomskog statusa prema Hymanu i Sheatsleyju (1956), povezani su s političkim ideologijama (Adorno et al., 1950) i povezani su sa "zatvorenim umom" (Rokeach, 1960). tj. rigidan stil razmišljanja i netrpeljivost prema gledištima drugačijim od vlastitih, tj. dogmatizam (Tomečak, Štambuk, Rusac, 2013).

Također, u procesu starenja, kao i u starijoj životnoj dobi, potrebno je obezbijediti više zaštitnih faktora, kao protutežu faktorima rizika, koji mogu doprinijeti boljem kvalitetu zdravlja, kako fizičkog tako i psihičkog, a jedan od načina poboljšanja kvalitete života u trećem životnom dobu i sticanja navedenih zaštitnih faktora prema Greenfieldu i Marksu (2004) je učešće u društvenom radu, samopouzdanju i društvenom radu. Huzejrović, Kujundžić, 2019).

4. ZAKLJUČAK

U današnjem svijetu demografska slika svijeta se promijenila, a veliki dio stanovništva čine ljudi treće životne dobi. Ulaskom u treću životnu dob, odnosno starost, ljudi se suočavaju sa brojnim promjenama kao što su fizičke promjene, finansijske promjene, odlazak u penziju, gubitak bliskih prijatelja i vršnjaka, usamljenost itd. Pojedinci se moraju prilagoditi svim ovim promjenama kako bi što bolje doživjeli starost i bili zadovoljniji svojim životom. Nadalje, rezultati su pokazali da su ispitanici prepoznali potrebu uključivanja osoba treće životne dobi u život zajednice. Ljudi treće životne dobi mogu se uključiti u zajednicu kroz različite projekte, radionice, rad udruženja i organizacija, volontiranje itd. U istraživanju je ispitano koliko su ispitanici su bili upoznati sa navedenim projektima, a rezultati su pokazali da u većoj mjeri nisu upoznati sa projektima uključivanja osoba treće životne dobi u život zajednice. Kako bi se starije osobe što lakše uključile u život zajednice, potrebno je više projekata koji su usmjereni na to, ali i upoznavanje ostatka stanovništva sa projektima kako bi se mogli lakše organizirati i implementirati. Ova tema je važna za pedagošku i andragošku praksu jer su ljudi treće životne dobi sastavni dio našeg društva i kao takvi imaju jednaka prava u njemu i zaslužuju jednake mogućnosti. Upravo zbog sve većeg procenta starijih osoba u populaciji i njihove marginalizacije postoji potreba za njihovim uključivanjem u društvo. Prema riječima Ercegovca, Šolc i Tuzlančić (2018) uključivanje starijih osoba u društveni život zajednice povećava osjećaj lične vrijednosti pojedinca, kao i potrebu za socijalizacijom.

Njihovo uključivanje u zajednicu poboljšaće njihov kvalitet i zadovoljstvo životom, kvalitet provođenja slobodnog vremena, povećati broj društvenih interakcija i smanjiti usamljenost. Ovom prezentacijom nastojalo se podići svijest o problemima sa kojima se suočavaju stariji, njihovoj marginalizaciji i nedostatku mogućnosti za aktivno učešće u životu zajednice i bolji kvalitet života.

Literatura:

1. Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2008). Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Educational Gerontology*, 34(2), 105123.
2. Babović, M., Veličković, K., Stefanović, S., Todorović, N., & Vračević, M. (2018). Socijalna uključenost starijih osoba (65+) u Srbiji. Crveni krst Srbije.
3. Berk, L. (2008). Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Bousfield, C., & Hutchison, P. (2010). Contact, anxiety, and young people's attitudes and behavioral intentions towards the elderly. *Educational Gerontology*, 36(6), 451-466.
5. Bošković, G. (2009). Psihologija i starenje. Unaprjeđenje kvalitete rada u domovima za stare i nemoćne: praktikum za djelatnike, 15-23.
6. Bošković, G. (2009). „Normalno“ i „patološko“ starenje. Unaprjeđenje kvalitete rada u domovima za stare i nemoćne: praktikum za djelatnike, 24-32.
7. Brajković, L. (2010). Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi (Doctoral dissertation, Sveučilište u Zagrebu).
8. Bunić, S. (2010). Projekt 65 plus Knjižnica grada Zagreba aktivno uključivanje osoba treće životne dobi u kulturna i društvena zbivanja. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 53(2), 15-25.
9. Cerovski, D. & Perkić, N. (2009). Starija životna dob i socijalno okruženje. Unaprjeđenje kvalitete rada u domovima za stare i nemoćne: praktikum za djelatnike, 33-37.
10. Despot Lučanin, J. (2000). Kako se pripremiti za odlazak u mirovinu?. Treća životna dob – u susret vašim potrebama, 7-9.
11. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Ercegovac, S., Šolc, V., & Tuzlančić, I. (2018). Program za budućnost-deset godina projekta " 65 plus" u Knjižnicama grada Zagreba. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 61(2), 199-220.
13. Fažon, E. (2020). Nastava njemačkog jezika za osobe treće životne dobi (Doctoral dissertation, University of Zagreb. University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of German language and literature. University of Zagreb. University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Pedagogy).
14. Gobo, A. (2011). Sveučilišta za treću životnu dob u Italiji. *Andragoški glasnik*, 15(1), 73-88.
15. Hlebec, V., Srakar, A., & Majcen, B. (2019). Long-Term Care Determinants of Care Arrangements for Older People in Europe: Evidence from SHARE. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 135-152.
16. Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the “new gerontology”. *The Gerontologist*, 43(6), 787-796.
17. Kučej, H. (2020). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi

- (Doctoral dissertation, University North. University centre Varaždin. Department of Nursing).
18. Kučko, I. (2020). *Stavovi opće populacije i starijih osoba prema starosti i starenju* (Doctoral dissertation, University North. University centre Varaždin. Department of Nursing).
 19. Laklija, M., Rusac, S., & Žganec, N. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj iu zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.
 20. Maček, Z., Balagović, I., Mandić, M., Telebuh, M., & Benko, S. (2017). Fizička aktivnost u zdravom i aktivnom starenju. *Physiotherapia Croatica*, 14(1.), 146-148.
 21. Mali, J., & Štambuk, A. (2019). Dugotrajna skrb za starije osobe: izazov za socijalnu gerontologiju i socijalnu politiku. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 129-134.
 22. Maurović, D. (2015). Stereotipi i predrasude prema starijim osobama (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology).
 23. Mirković, B. (2014). Metoda fokus grupe u istraživanjima iz oblasti informacionih sistema.
 24. Orsega-Smith, E. M., Payne, L. L., Mowen, A. J., Ho, C. H., & Godbey, G. C. (2007). The role of social support and self-efficacy in shaping the leisure time physical activity of older adults. *Journal of Leisure research*, 39(4), 705-727.
 25. Pastuović, N. (2006). Kako do društva koje uči. *Odgojne znanosti*, 8(2 (12)), 421-441.
 26. Pastuović, N. (2008). Cjeloživotno učenje i promjene u školovanju. *Odgojne znanosti*, 10(2), 253-267.
 27. Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. *Prosvjeta*
 28. Perišin, T., & Kufrin, V. (2009). Ageizam u televizijskom mediju na primjeru središnjih informativnih emisija HRT-a, RTL-a i Nove tv. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(1), 29-51.
 29. Rajić, V., Megla, A., & Hodak, I. Slika osoba treća životne dobi u reklamama na javnoj i komercijalnoj televiziji u republici Hrvatskoj. *Andragoški glasnik*, 22(1), 37-44.
 30. Rožić, K. (2019). Uloga narodnih knjižnica u obrazovanju i društvenoj integraciji osoba treće životne dobi (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Academy of Arts and Culture in Osijek.).
 31. Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2001.). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 32. Stojanović, Z., Štambuk, A., & Vejmelka, L. (2020). Pametno starenje: izazovi (ne) korištenja tehnologije. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 11(1), 37-60.
 33. Štambuk, A., Rusac, S., & Skokandić, L. (2019). Profil neformalnih njegovatelja starijih osoba u gradu Zagrebu. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 189-206.
 34. Tsai, H. Y. S., Shillair, R., Cotten, S. R., Winstead, V., & Yost, E. (2015). Getting grandma online: are tablets the answer for increasing digital inclusion for older adults in the US?. *Educational gerontology*, 41(10), 695-709.
 35. Turk, N. (2000). Zašto je nužno tjelesno vježbanje u starosti?. *Treća životna dob – u susret vašim potrebama*, 10-12.

36. Vadjla, D. (2017). Društvena uključenost i ozljede u osoba starije životne dobi (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Medicine.).
37. Vitman, A., Iecovich, E., & Alfasi, N. (2014). Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. *The Gerontologist*, 54(2), 177-189.
38. Vuletić, G., & Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, 6(1-2), 45-61.
39. Zloković, J., & Zovko, A. (2020). *Gerontologija–Izazovi i perspektive*. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naklada i Filozofski fakultet u Rijeci.
40. Zovko, A., Zloković, J., & Damjanić, I. (2020) Stereotipi i činjenice o starenju i starosti. *Gerontologija-izazovi i perspektive*, 41-78.
41. Zovko, A., Zloković, J., & Kuzma, D. (2020) Različiti pristupi starosti i starenju-izazovi i perspektive. *Gerontologija-izazovi i perspektive*, 19-40.

SENILNA MAKULARNA DEGENERACIJA - ARMD?

Sažetak

Senilna makularna degeneracija (ARMD) je vodeći uzrok sljepoće kod starijih osoba širom svijeta. Klinički, ARMD utiče na centralno područje mrežnjače poznato kao makula i klasificira se od početnog - ranog do kasnog stadijuma bolesti (uznapredovala forma ARMD-a). Uznapredovala forma ARMD-a se klasificira u neeksudativni ili atrofični oblik (suva forma ARMD-a) i eksudativni ili neovaskularni oblik (vlažna forma ARMD-a).

Obično je ozbiljniji gubitak vida povezan sa vlažnom formom bolesti. Višestruki genetski faktori, metabolizam lipida, oksidativni stres i starenje, igraju ulogu u etiologiji ARMD-a.

Dakle, ARMD ima sistemsku komponentu, gdje mnogi faktori, kao što su starenje, genetika, okolina, autoimuni i neautoimuni poremećaji utiču na razvoj bolesti. Naravno, zdrav stil života, redovna fizička aktivnost, održavanje normalnog lipida statusa i tjelesne težine su ključni faktori za smanjenje rizika od nastanka ARMD-a.

Utvrđena je genetska disregulacija za ARMD, 46% - 71% je genetskog uticaja na razvoj bolesti, pri čemu su CFH i ARMS2/HTRA1 dva najistaknutija lokusa od 103 do sada identifikovana lokusa povezana sa ARMD-om. Hronično pušenje kao loša životna navika spada u najveće riziko faktore za razvoj ARMD - a. U dijagnostici ARMD-a dolazi do upotrebe vještačke inteligencije i primjene aparata koji su zasnovani na njenim principima. Razvija se algoritam dubokog učenja zasnovanog na prepoznavanju slike načinjene pomoću OCT (optičke koherentne tomografije) te razlikovanje vlažne forme ARMD-a i normalnog nalaza makule sa visokom preciznošću što čini veliki napredak i pomoć u postavljanju ispravne dijagnoze.

Trenutno je terapija antivaskularnim endotelnim faktorom rasta (VEGF) vrlo efikasna u tretmanu vlažne forme ARMD-a. Nekoliko ARMD lijekova nove generacije i transplantacija RPE ćelija izvedena iz pluripotentnih stem ćelija koja je još u fazi kliničkog ispitivanja obećavaju da će poboljšati liječenje ARMD-a u bliskoj budućnosti.

Cilj rada je pregled dostupne literature koja se odnosi na nove spoznaje o epidemiologiji, genetskom uticaju, patofiziologiji, dijagnostici i terapiji ARMD -a.

Ključne riječi: Senilna makularna degeneracija, ARMD, VEGF, neovaskularizacija.

AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION - ARMD?

Abstract

Age-related macular degeneration (ARMD) is the leading cause of blindness in older adults worldwide. Clinically, ARMD affects the central area of the retina known as the macula and is classified from early to late stage of the disease (advanced ARMD). Advanced ARMD is classified into non-exudative or atrophic form (dry ARMD) and exudative or neovascular form (wet ARMD).

Usually, more severe vision loss is associated with the wet form of the disease. Multiple genetic factors, lipid metabolism, oxidative stress, and aging play a role in the etiology of ARMD.

Thus, ARMD has a systemic component, where many factors, such as aging, genetics, environment, autoimmune and non-autoimmune disorders, influence the development of the disease. Of course, a healthy lifestyle, regular physical activity, maintenance of normal lipid status, and body weight are key factors in reducing the risk of developing ARMD.

Genetic dysregulation has been identified for ARMD, with 46% - 71% of the genetic influence on the development of the disease, with CFH and ARMS2/HTRA1 being the two most prominent loci out of 103 loci identified so far associated with ARMD. Chronic smoking as a bad lifestyle habit is one of the greatest risk factors for the development of ARMD. In the diagnosis of ARMD, artificial intelligence is used and devices based on its principles are applied. A deep learning algorithm is being developed based on the recognition of images taken using OCT (optical coherence tomography) and the differentiation of the wet form of ARMD and normal macula findings with high precision, which makes great progress and helps in making the correct diagnosis.

Currently, antivascular endothelial growth factor (VEGF) therapy is very effective in the treatment of the wet form of ARMD. Several new generation ARMD drugs and pluripotent stem cell-derived RPE cell transplantation, which is still in clinical trials, promise to improve the treatment of ARMD in the near future.

The aim of the paper is to review the available literature regarding new insights into the epidemiology, genetic influence, pathophysiology, diagnostics and therapy of ARMD.

Keywords: Age-related macular degeneration, ARMD, VEGF, neovascularization.

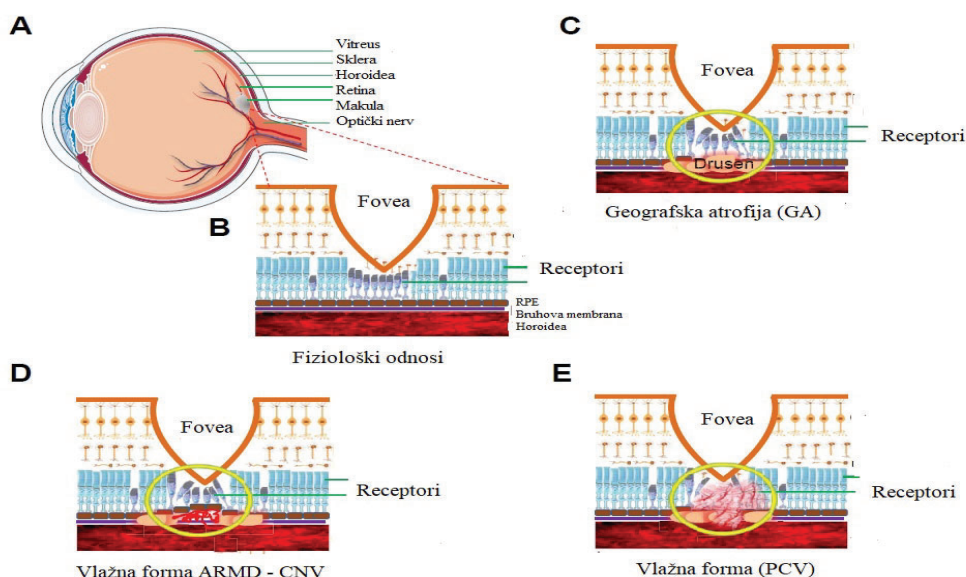
Uvod

Senilna makularna degeneracija (ARMD) je poznata kao hronično oboljenje koje karakterizira postupno oštećenje vida uzrokovano degeneracijom fotoreceptora centralnog dijela retina. U istoriji prvi puta opisana 1874. godine u kliničkim izveštajima kao “simetrična centralna horoido-retinalna bolest koja se javlja kod starijih ljudi”, poremećaj je bio glavni razlog sljepila kod velikog broja ljudi više od jednog vijeka.

Početkom 1980-ih godina oftalmolozi su počeli eksperimentirati s termalnim laserom i fotodinamskom terapijom, koja je davala nezadovoljavajuće rezultate. Nedavna otkrića sugerišu da posmatranje problema „izvan retine“ može pomoći i objasniti patofiziologiju ARMD-a, klinički tok, posljedice i terapiju [1].

Prema patogenezi ove bolesti kroz istoriju su kreirani i korišteni različiti lijekovi za liječenje, međutim jedino su anti-VEGF preparati, koji su korišteni za horoidalnu neovaskularizaciju početkom 2000-ih bili ključni za napredak, uspješni u održavanju ili čak obnavljanju vida u velikom broju slučajeva [2].

Makula je kružno područje retine promjera 5,5 mm smještena 4,0-5,0 mm, temporalno, i 0,53-0,8 mm niže od središta papile optičkog diska. Fovea centralis je mala središnja jamica sastavljena isključivo od tijesno zbijenih čunjića (receptora) odgovornih za centralni vid visoke rezolucije (slika 1A, B). Makularna degeneracija je vodeći uzrok nepovratnog gubitka vida kod osoba starijih od 55 godina. Budući da se bolest razvija kako osoba stari, zato se često i naziva makularna degeneracija povezana sa starenjem (Age Related Macular Degeneration - ARMD) [1].



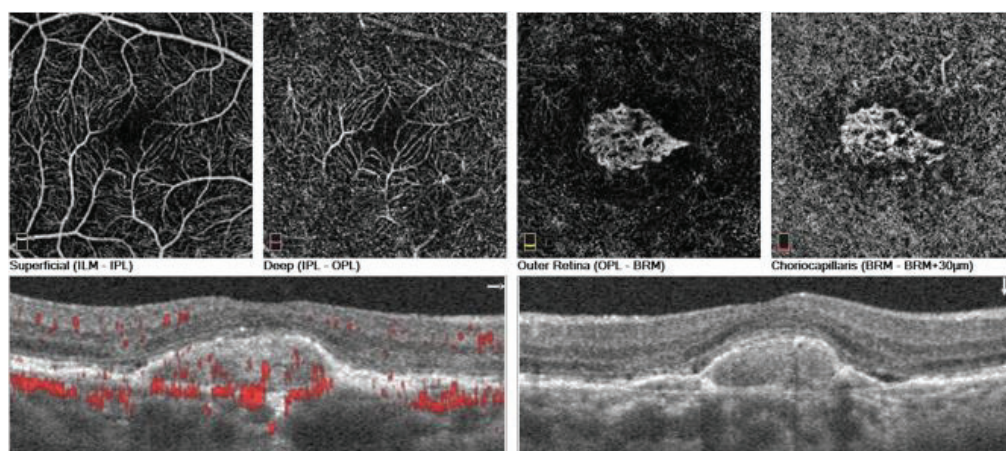
Slika 1. (A) Poprečni presjek normalnog ljudskog oka, lokacija macule. (B) Strukturu retine u makularnom području. (C) Na slici je prikazana formacija i lokacija drusa. Formacija drusa će dovesti do atrofije tkiva retine i ruptura te kalcifikacije Bruchove membrane, što dalje vodi do ARMD-a. (D) Vlažna forma ARMD – formiranje horoidalne neovaskularizacija - CNV (E) Vlažna forma ARMD – Polipoidna horoidalna vaskulopatija - (PCV).

ARMD se može klasifikovati u četiri faze [3-5]. Prva faza obuhvata normalne promjene starenja sa formiranjem samo malih druza bez pigmentne abnormalnosti. U ovoj fazi, prečnik druza je < 63 mm. U drugoj fazi (rani ARMD), postoji nekolicina druza čiji je prečnik 63 mm i 124 mm, ali bez abnormalnosti retinalnog pigmentnog epitela (RPE) ćelija. U trećoj fazi dolazi do formiranja najmanje jedne velike druze (prečnik ≥ 125 mm; intermedijarni ARMD) i abnormalnosti RPE.

Četvrta faza, poznata i kao napredni oblik ARMD - a, koja može ići u dva pravca a to je ka geografskoj atrofiji (GA) fovee ili da poprma karakteristike neovaskularne senilne makularne degeneracije, te posljedični gubitak vida. Liew i saradnici provode (AREDS) studiju, koja povezuje starenja i promjene na očnoj pozadini te donose pojednostavljenu skalu težine očne bolesti [6]. Rani ARMD obično ima najmanje oštećenje vida praćeno smanjenom sposobnošću čitanja, sa vizuelnom distorzijom slike te prisustvo crnih ili sivih mrlja u centralnom vidu. Intermedijarni ARMD karakterizira velike ili umjerene membrane staklastog tijela ili nesavršenu pigmentaciju. Centralni vid pacijenata sa uznapredovalom ARMD je značajno narušen. Klinički, osim disciformnog ožiljka koji se nalazi na kraju faze naprednog ARMD-a, napredni ARMD se također dijeli na dvije kategorije: suvi ARMD (slika 1C) i vlažni ARMD. Suvi ARMD je također poznat kao geografska atrofija (GA), koja isključuje krvarenje ili curenje seruma [7]. Odlikuje se simetričnim promjenama na očima, izmjenjenom vidnom oštrinom, poremećenom pigmentacijom makule na oba oka, nestanka fovealnog refleksa, prisustvo žućkasto-bijeličastig druza između Bruchove membrane (BrM) i RPE. Kod nekih od uznapredovalih slučajeva (GA), atrofija nalik na mapu se može uočiti na retini odatle i istoimeni naziv.

Vlažna forma ARMD – a se može podijeljena na horoidalnu neovaskularizaciju (CNV, slika 1D, slika 2) i polipoidna horoidalna vaskulopatiju (PCV, slika 1E), koja uključuju curenje krvi ili seruma. (Trenutno je još uvijek kontroverzno da li PCV pripada vlažnom ARMD-u). U jednu ruku, PCV i CNV imaju različite kliničke i epidemiloške odlike. S druge strane, PCV i CNV imaju sličnosti u etiološkim i genetskim faktorima rizika [8]. Za sada se PCV i CNV smatraju podtipovima vlažnog ARMD-a. U poređenju sa suvom formom ARMD-a, vidna oštrina kod pacijenata sa vlažnim oblikom bolesti se brže smanjivala.

Većina pacijenata sa vlažnom formom ARMD-a razvije oboljenje prvo na jednom oku a da drugo oko ostane dugo vremena pošteđeno. Kod CNV (horoidalne neovaskularizacije), horoidalne kapilare rastu kroz lezije RPE i BrM što rezultira stvaranjem horoidalne neovaskularizacije. Struktura neovaskularizacije nije savršena, te će dovesti do niza patoloških promjena kao što su eksudacija, krvarenje i ožiljak, što će dalje dovesti do gubitka centralnog vida. PCV je češći kod Azijata [9]. Klinički tok PCV je stabilniji i vizuelni ishodi su povoljniji od onih kod CNV-a i stoga su opisane kao poseban klinički entitet koji se razlikuje od CNV [8]. Kod PCV - a, polipoidna neovaskularizacija iz horoidee može proći samo kroz BrM, ali ne prodre u sloj RPE. PCV se može podijeliti prema morfologiji lezija na tip I i tip II. Tip I ima abnormalno grananje vaskularne mreže (BVN) i polipoidne lezije na kraju vaskularne mreže. Tip II ima izolovane ili grupisane polipozne lezije, ali nisu očigledne razgranate vaskularne mreže ili fine retikularne žile. U ovakvom stanju može doći do sekundarnog submakularnog ili subretinalnog krvarenja [10].



Slika 2. OCTA vlažne forme ARMD-a, aktivne lezije CNV. Prikazani su površinski i duboki retinalni plexusi, zajedno sa vanjskom retinom (normalno avaskularnom) i horiokapilarima. Prisustvo gusto zbijene CNV mreže sastavljene od petlji, perifernih anastomoza i okružene hipointenzivnim oreolom. Na donjim poprečnim skenovima se može vidjeti subretinalna tečnost.

1. Epidemiologija

Prevalenca ARMD-a u populaciji raste sa etničkim i regionalnim razlikama, od 1990. do 2010. godine, incidencija vezana za oštećenje vida i sljepoću uzrokovano ARMD-om se povećala [11]. Procjenjuje se da starenje stanovništva širom svijeta utiče na povećanje broja pacijenata sa ARMD-om tako da će od 196 miliona u 2020. godini biti oko, 288 miliona u 2040. godini [12]. Više od polovine svjetske populacije se nalazi u Aziji gdje se očekuje da će broj slučajeva dostići 113 miliona do 2040. godine. Zbog najveće prevalencije ARMD-a u Evropi, predviđa se da će broj budućih slučajeva po broju biti odmah iza Azije [12,13]. Od ARMD –a češće oboljevaju bijelci [14-16]. Stopa prevalencije ARMD-a kod Evropljana je 12,33%, Azijaca 7,38% i Afrikanaca 7,53% [12]. Kineska populacija čini oko jedna petina svjetske populacije. Song i saradnici izvještavaju da prevalencija ARMD-a varira u različitim geografskim područjima u Kini. Prevalencija ARMD-a je koncentrisana u najnaseljenijim područjima Južne i centralne Kine, 6,64% (95% CI = 5.12-8.52) u 2000. godini i 6,74% (95% CI = 5.20 - 8.65) u 2010.godin. Prevalencija se povećavala sa smanjenjem geografske širine [17].

2. Opšti i genetski riziko faktori za nastanak ARMD

Postoji nekoliko faktora rizika za nastanak ARMD-a, kao što su starenje, rasa, krvni pritisak i način odnosno stil života. Starenje je snažan faktor rizika za razvoj ARMD-a. Oko sa plavom šarenicom ima veću vjerovatnoću za razvoj ARMD nego što to ima smeđa šarenica. Sistemski faktori kao što su kardiovaskularne bolesti su takođe faktori rizika za ARMD, povišen krvni pritisak i arterioskleroza mogu povećati rizik za nastanak ARMD-a [18 - 21]. Ako govorimo o dijabetičarima, prisustvo dijabetičke retinopatije (DR), lipoproteina visoke gustine (HDL), gojaznosti i visok sistolni krvni pritisak povećavaju rizik za nastanka ARMD-a [22 - 24]. Takođe, Ronald i saradnici su izvijestili da je osnovni nivo serumskog cistatina C bio povezan sa učestalošću ranog ARMD-a i vlažne forme ARMD-a. Studije pokazuju da pušenje i opijanje povećavaju rizik od ARMD-a [24-26]. Lutein i zeaksantin mogu smanjiti nivo rizika za nastanak ARMD-a, dok vitamin C, vitamin E, vitamin D, cink oksid mogu prevenirati pojavu ARMD- a [28-30]. Povećanje unosa ribe može smanjiti rizik od ARMD-a. Osim toga, pauza za ručak je povezana sa nižom učestalošću uznapredovalog ARMD-a [30-33]. Anastasopolus

i saradnici donose zanimljive zaključke, da osobe koje su se razvele imaju tri puta veće šanse za razvoj napredne forme ARMD- a od oženjenih ljudi [35]. Genetski faktori imaju snažan uticaj na patogenezu ARMD-a, prijavljeno je ukupno 103 gena ili lokusa povezanih sa ARMD-om. CFH i HTRA1 su dva glavna lokusa povezana sa ARMD- om [36]. U 2005. godini istraživači su prvi put povezali 402H alel lokusa CFH koji dovodi do povećanog rizika za razvoj ARMD-a. CFH je ključni regulator puta komplementa, koji se nalazi u hromosomu 1q32 [37- 39].

CFH 402H onemogućuje transport oksidativnih lipida van RPE sloja, uništavajući regulatornu funkciju CFH u inhibiciji i aktivira prelaz C3 u C3b te razgradnje C3b, što dovodi do prekomjerne aktivacije komplementa i na taj način povećava rizik za razvoj ARMD-a [36-41]. CFB i C2 su aktivatori klasičnog i alternativnog puta. CFB R32Q i haplotip R32Q/IVS10 imaju zaštitnu ulogu u patologiji nastanka ARMD-a [42]. Neki geni povezani sa ARMD-om i faktori okoline (npr. pušenje) međusobno djeluju kako bi uticali na pojavu i razvoj ARMD-a. Pušenje mijenja vezivanje CFH za C3, snižava nivo CFH u plazmi, a varijanta rs1061170 mijenja sposobnost vezivanja CFH na C3b [43,44]. Blue Mountains Eye Study (BMES) je otkrila da povećanji unosa ribe u ishrani kod CFH 402Y nosioca ima jači zaštitni efekat u smislu razvoja kasnog oblika ARMD-a [45]. Unos antioksidativnih nutrijenata također smanjuje rizik od ranog ARMD-a kod osoba sa visokim genetskim rizikom, nosioci CFH i HTRA1 lokusa [46,47]. Schmidt i saradnici su otkrili da APOE genotip ima uticaj na rizik od ARMD-a u vezi sa pušenjem, i da je imao veći uticaj na CNV, te da je pušenje bilo najštetnije za nosioce apolipoproteina ε2 [48,49].

3. Patofiziologija ARMD – a

Niz promjena uzrokovanih starenjem RPE ćelija može dovesti do razvoja ARMD - a. Stare ćelije RPE narušavaju ravnotežu enzima ekstracelularnog matriksa što uzrokuje skupljanje u makularnom području na Bruhovej membrani (BrM). Metaboliti se akumuliraju na BrM, formirajući bradavice staklastog tijela, oštećujući susjedna tkiva retine, smanjujući samu cirkulaciju i dopremu krvi do retine. Stare ćelije RPE iniciraju imune ćelije za proizvodnju VEGF - a. Kalcifikacijom, rupturama i fagocitozom Bruchove membrane se indicira nastanak novih krvnih sudova što na kraju dovodi do razvoja ARMD-a [50,51]. Retina je jedno od tkiva u ljudskom organizmu sa najvećom potrošnjom kiseonika. Akumulacija oksidativnog stres igra važnu ulogu u patofiziološkom procesu ARMD-a [52]. Kumulativno oksidativno oštećenje RPE je uglavnom uzrokovano neravnotežom između proizvodnje i eliminacija reaktivnih vrsta kiseonika (ROS). Lipofuscin je glavni izvor reaktivnih vrsta kiseonika, koji se akumuliraju u RPE s godinama, i dodatno povećava oksidativni stres u retini [53]. Prekomjeran lipofuscin je povezan sa ARMD-om. Osim toga, incidencija ARMD-a kod ljudi koji su izloženi sunčevoj svjetlosti duži vremenski period je značajno veća od one u lokalnoj opštoj populaciji [54, 55].

Nivoi holesterola lipoproteina visoke gustine (HDL-C) bili su povezani sa povećanim rizikom od ARMD-a, dok su visoke vrijednosti ukupnog holesterola (TC), i holesterol lipoproteina niske gustine (LDLC) bili povezani sa smanjenim rizikom od ARMD-a [56]. Istraživači su pronašli naprednu lipidnu peroksidaciju (ALEs) i produkciju lipofuscina, bradavica staklastog tijela i BrM kod pacijenata sa ARMD -om. Akumulacija naprednih lipida ALEs ometa stabilnost proteina i dovodi do apoptoze fotoreceptora i ćelija RPE [57,58]. ARMD druze sadrže niz proinflamatornih faktora, što ukazuje da je lokalna upala marker ranog ARMD-a [52].

Sistem komplementa je komponenta urođenog imunološkog sistema, koji igra važnu ulogu u praćenju i održavanje homeostaze intraokularnog mikrokruženja. Utvrđeno je da je nivo CRP

bio većih vrijednosti kod pacijenata sa ARMD-om [59]. VEGF je jedan od glavnih rizikofaktora za nastanak vlažne forme ARMD-a, koji igra važnu ulogu u nastanku CNV i PCV [60,61]. Prekomjerna ekspresija citokina koji stimuliraju vaskularni sistem (VEGF, PDGF) i smanjenje ekspresije inhibitornih citokina (ES, TIMP) može dovesti do prekomjerne proliferacije i neovaskularizacije. Studije su pokazale da je pulsirajući očni protok krvi (POBF) i amplituda pulsa (PA) kod pacijenata sa eksudativnom formom ARMD-a nižih vrijednosti od onih kod neeksudativne forme ARMD-a. Zadebljanje BrM može dovesti do povećane horoidalne vaskularne rezistencije, smanjenja krvotoka u horoidi što može biti povezano sa formiranjem CNV [62-65]. Osim toga, horoidalne bradavice i abnormalna pigmentacija također povećavaju rizik od ARMD-a. Nakon što jedno oko razvije naprednu formu ARMD-a, procjenjuje se petogodišnji rizik za ekspresiju napredne forme bolesti na drugo oko. Rizik za ovaj scenario iznosi između 30% i 40%, što je mnogo više nego u normalnoj populaciji [66].

4. Postavljanje dijagnoze ARMD – a

U dijagnostičke procedure koje se koriste za postavljanje dijagnoze ARMD-a ubrajamo: snimanje fundusa, fluoresceinsku angiografiju (FA), indocijaninsku zelenu angiografiju (ICGA), optičku koherentnu tomografiju (OCT), optičku koherentnu tomografiju - angiografiju (OCTA) (slika 2), te primjena umjetne inteligencije (AI) koja vrši procjenu i analizu dobijenih podataka. Ove tehnike igraju važnu ulogu u dijagnostici ARMD-a, naravno sve imaju svoje prednosti i nedostatke odnosno slabosti. U metode snimanja fundusa ubrajamo fotografiju u boji, monohromatsku fotografiju, automatsko fluorescentno snimanje i angiografiju fundusa. Mikroperimetrija je neinvazivna metoda analize funkcije centralnog vidnog polja i test za analizu defekata fiksacije koja je posebno korisna za ARMD [67]. Biološke boje koje se koriste za angiografiju fundusa su natrijum fluorescein i indocijaninsko zeleno. FA je korisna metoda za otkrivanje vlažne forme ARMD-a. Indocijaninska zelena angiografija (ICGA) je zlatni standard i alat za dijagnostikovanje PCV. FA i ICGA su sigurni, ali povremeno se mogu javiti ozbiljne reakcije usljed aplikacije kontrastnog sredstva koje može izazvati alergijske reakcije i slično. Stoga, potencijalni faktori rizika za pacijenata moraju biti pažljivo analizirani. Optička koherentna tomografija OCT je neinvazivna metoda prikaza strukture retine u realnom vremenu, dakle u poprečnom presjeku prikazuje retinu, RPE i žilnicu. U ranoj fazi ARMD-a mogu biti prisutne „male“ abnormalnosti u formi druzea i promjena RPE koje se mogu detektovati i pratiti sa OCT te na osnovu toga planirati dalji tok i kreirati plan liječenja.

Kod uznapredovale forme ARMD-a, upotrebom OCT-a je moguće pratiti aktivnost bolesti korištenjem kvalitativnih i kvantitativnih analiza retine, prisustva fluida, subretinalna tečnost i PED [68]. Spektralni OCT (SD-OCT) ima prednost skupljanja informacije sa više lokacija na optičkoj putanji istovremeno, što poboljšava brzinu rada i postavljanje same dijagnoze. Tako da vrlo lako može otkriti i izmjeriti analizirati promjene na svakom sloju retine [69]. Optička koherentna tomografija - angiografija (OCTA) je nova neinvazivna tehnologija snimanja koja pruža mogućnosti objektiviziranja i kvantifikacija mikrovaskularnog krvožilnog sistema retine bez kontrastnog sredstva [70]. OCTA se može koristiti za promatranje hroničnih promjena kod pacijenata sa suvom formom ARMD- a, te za otkrivanje prisustva CNV i PCV.

OCTA postiže dobru rezoluciju slike - strukture CNV-a kod pacijenata sa vlažnom formom ARMD - a, može posmatrati poprečne presjeke orijentaciju i klasifikovati CNV [71,72]. Ukupna osjetljivost i detekcija aktivne CNV za OCTA iznosi 80,7%. U poređenju sa FA, OCTA je manje suprimiran subretinalnim krvarenjem [73,74]. Kombinacija OCT i OCTA se može koristiti za detekciju PCV sa 82,6% osjetljivosti i 100% specifičnosti. Dakle, OCTA može pružiti jasnije vaskularne detalje i bolje detektovati i kvantificirati CNV lezije kod pacijenata

sa ARMD-om [75]. Razvoj umjetne inteligencije (AI) i njena primjena skupa sa OCT sistemima ima veliki potencijal za pomoć u postavljanju ispravnih dijagnoza i doprinosa u povećanju uspješnosti liječenja oftalmoloških bolesti sa posebnim akcentom na ARMD.

5. Tretman ARMD -a

Sa početkom 2000 godine dolazi do pokušaja primjene laserskih tehnika, sa ciljem pomaka u liječenju vlažnih formi ARMD-a, tako su Reichel i saradnici počeli sa liječenjem CNV-a primjenom transpupilarne termoterapije (TTT). S obzirom da je njen terapijski efekat bio da blokira postojeći CNV, što također proizvodi dodatne komplikacije a to je atrofija horoidee. Dakle, lako se izvodi i ponavlja, međutim metoda koja se rijetko koristi [76]. Osim toga određene studije su istraživale metodu kombinacije TTT sa drugim angiogenim lekovima, (npr. kao triamcinolon acetonid ili ranibizumab), i saopštile da kombinovana metoda može postići odgovarajući terapijski efekat za vlažnu formu ARMD-a, međutim potrebna je dalja potvrda i evaluacija efikasnosti ovog modaliteta liječenja [77,78]. Osim TTT, laserska terapija uključuje fotodinamička terapija (PDT). PDT se može kombinovati sa antivaskularnim lijekovima (ranibizumab). PDT u kombinaciji sa antivaskularnom terapijom za PCV je efikasna metoda. Iako laserska terapija može inhibirati rast novih krvnih žila, ne može osigurati da ne izrastu novi krvni sudovi. Laser takođe može uništiti normalno tkivo oko retine [79]. Ključ za liječenje eksudativne forme ARMD-a je inhibicija formiranja neovaskularizacije, tako da je intraokularna injekcija lijekova za inhibiciju VEGF-a postala glavni tretman za vlažnu formu ARMD-a [80-82]. Sljepoća i gustina horoidalnih kapilara se smanjuje kod pacijenata liječenih sa anti-VEGF- antivaskularnom terapijom [83]. Glavni lijekovi koji se primjenjuju su: pegaptanib, ranibizumab, bevacizumab, aflibercept, faricimab i conbercept. Pegaptanib i ranibizumab su fragmenti anti-VEGF monoklonskog antitijela [84, 85]. Aflibercept je fuzioni protein koji se vezuje za VEGF. Aflibercept se može vezati za sve podtipove VEGFA i VEGFB. To je nova generacija anti-VEGF lijekova koje je nakon pegaptaniba i ranibizumaba odobrila FDA u novembru 2011.godine. Intravitrealna injekcija aflibercepta na dva mjeseca bila je sličnih rezultata, sigurnosti i tolerancije kao i primjena ranibizumaba jednom mjesečno [86,87]. Conbercept sastoji se od humanog veznog domena VEGFR-1 i VEGFR-2 i Fc i dijela humanog imunoglobulina G-1. Ima snažan antiangiogenetički efekat.

Intravitrealna injekcija conbercepta bila je sigurna i efikasna i može spriječiti rast, ožiljkavanje i CNV. Brolucizumab je humanizirano, jednolančano antitijelo koje cilja VEGF i vezuje se za podtip VEGF-A. Pokazao je dobro rezultate u 3 faze kliničkih ispitivanja. Odobren je od strane FDA za liječenje vlažnog AMD-a. Faricimab je bispecifično antitijelo koje se može vezati i inaktivirati angiopoetin-2 (Ang-2) i VEGF-A. Efekat faricimaba je sličan ranibizumabu [88-90]. Abicipar pegol je anti VEGF molekula koja koristi ankirin ponavljajući protein, (darpin) tehnologiju za smanjenje nivoa VEGF-a. Njegov poluživot u oku je duži i efekat je trajniji [91]. Za suhu formu ARMD-a trenutno ne postoji efikasan način odnosno metoda lečenja. Međutim unos specifičnih antioksidansa hranom kao što je karoten, vitamin C, D, E te cink mogu usporiti progresiju bolesti. Pošto se ARMD uglavnom veže sa oštećenje RPE, pokušavalo se i sa transplantacijom RPE, ćelija koje se lako kultiviraju i neovisne su o sinaptičkim vezama [92]. Uglavnom transplantacija RPE uključuje makularnu translokaciju, autolognu RPE-horoidnu transplantaciju i injekciju RPE ćelijske suspenzije. Makularna translokacija se odnosi na pomicanje makule na drugi RPE. Iako je dokazano da operacija može donijeti dugoročnu vidnu stabilnost, postoji i mogućnost atrofije pigmentnih epitelnih ćelija ispod pomjerene makule, te ostalih komplikacija. Međutim, transplantacija ostaje veliki izazov za oftalmohirurge. Terapija matičnim ćelijama je nova potencijalna terapijska metoda za suhu formu ARMD- a.

Istraživači su prijavili 2012. godine prvu uspješnu transplantaciju RPE ćelije izvedenih iz ljudskih embrionalnih matičnih ćelija (hESC) kod starijih pacijenata sa suvom formom ARMD-a [93]. Uspješno su transplantirali kultivisane hESC-RPE ćelije, prijavili su da nema patoloških stanja kao što je teratom, odnosno abnormalnih proliferacija hESC-RPE ćelija. Uopšteno govoreći, pacijenti su dobro podnijeli proceduru, a poboljšale su se vrijednosti najbolje korigirane vidne oštine. Istraživači su dizajnirali biološku „zakrpu“ koja se sastoji od jednog sloja RPE ćelija izvedenih od hESC. U njihovim kliničkim ispitivanjima provedenih na dva ARMD pacijenata sa teškim oštećenje vida referišu stabilizaciju i poboljšanje vidne oštine.

Njihova studija pokazuje izvodljivost i sigurnost hESC-RPE transplantacija kao tretmana za suvu formu ARMD. Jedini nedostatak ove tehnike je potreba za lokalnom imunosupresijom hESC-RPE. Nema dokaza o štetnoj proliferaciji, tumorigenosti ili drugim ozbiljnim očnim ili sistemskim problemima transplantiranih pacijenata [94]. Genska terapija je također jedna od potencijalnih terapija za ARMD. Cilj genske terapije je uvođenje genetskog materijala u pacijente subretinalnom injekcijom. Za ARMD, AAV2 nosači se koriste za inhibiciju angiogeneze sa VEGF vezujućim proteinima. AAV2-sFLT01 i AAV2-sFLT02 su spojeni u ljudski IgG1 Fc region ili njegov metil domen te na taj način se koriste za inhibiciju CNV-a [95]. Studije su pokazale da je AAV2 vektorski posredovana terapija sigurna, efikasna i da se može koristiti kao potencijalni dugotrajni tretman za vlažnu formu ARMD-a. Pored toga, virusni vektori koji nose endostatin i angiostatin također inhibiraju angiogenezu [96]. Li W i saradnici su konstruisali ciljni inhibitor CR2-sFlt1, koji može značajno smanjiti ekspresiju VEGF u RPE ćelijama. Njihovo istraživanje pokazuje da je ciljni inhibitor može inhibirati CNV sa visokom selektivnošću [97]. Osim toga, citokini su osnova ciljane kombinovane terapije za vlažnu formu ARMD-a, među kojima TNF, PDGF ili faktor rast fibroblasta su potencijalne mete za efikasnu kombinovanu terapiju [98].

6. Zaključak

ARMD je kompleksna bolest. Zdrav stil života, redovna i pravilna fizička aktivnost, održavanje normalne tjelesne težine, kontrola krvnog pritiska i holesterola su važni za smanjenje rizika od nastanka ARMD-a. Zatim, prestanak pušenja, održavanje visokih nivoa luteina/zeaksantina u ishrani, vitamina C, vitamina E i cink oksida. Takođe, riba i zeleno povrće mogu smanjiti rizik od nastanka ARMD-a.

U strategiji i tretmanu vlažne forme ARMD-a okosnicu tretmana predstavljaju savremeni VEGF lijekovi uz analizu genetski i isključenjem ostalih riziko faktora. Novi terapijski modaliteti će vjerovatno otvoriti nove puteve za liječenje ARMD-a. Sa razvojem tehnologije i napredkom istraživanja, pojave novih i efikasnijih metoda liječenja protiv ARMD-a sigurno će doći do poboljšanja vidne oštine i kvaliteta života pacijenata.

7. Literatura

1. Ambati J, Atkinson JP, Gelfand BD. Immunology of age-related macular degeneration. *Nat Rev Immunol* 2013;13:438-51.
2. Eyetech Study Group. Anti-vascular endothelial growth factor therapy for subfoveal choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration: phase II study results. *Ophthalmology* 2003;110:979-86.
3. Davis MD, Gangnon RE, Lee LY, et al. The Age-Related Eye Disease Study severity scale for age-related macular degeneration: AREDS Report No. 17. *Arch Ophthalmol*. 2005; 123(11):1484-1498.
4. Ferris FL, Davis MD, Clemons TE, et al. A simplified severity scale for age-related macular degeneration: AREDS Report No. 18. *Arch Ophthalmol*. 2005;123(11):1570-1574.
5. Lim LS, Mitchell P, Seddon JM, Holz FG, Wong TY. Age-related macular degeneration. *Lancet*. 2012;379(9827):1728-1738.
6. Liew G, Joachim N, Mitchell P, Burlutsky G, Wang JJ. Validating the AREDS simplified severity scale of age-related macular degeneration with 5- and 10-year incident data in a population-based sample. *Ophthalmology*. 2016;123(9): 1874-1878.
7. Fine SL, Berger JW, Maguire MG, Ho AC. Age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2000;342(7):483-492.
8. Laude A, Cackett PD, Vithana EN, et al. Polypoidal choroidal vasculopathy and neovascular age-related macular degeneration: same or different disease? *Prog Retin Eye Res*. 2010; 29(1):19-29.
9. Varma R, Choudhury F, Chen S, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in Chinese American adults: the Chinese American eye study. *JAMA Ophthalmol*. 2016;134(5):571-577.
10. Yeung L, Kuo CN, Chao AN, et al. Angiographic subtypes of polypoidal choroidal vasculopathy in taiwan: a prospective multicenter study. *Retina*. 2018;38(2):263-271.
11. Jonas JB. Global prevalence of age-related macular degeneration. *Lancet Glob Health*. 2014;2(2):65-66.
12. Wong WL, Su X, Li X, et al. Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(2):106-116.
13. Kawasaki R, Yasuda M, Song SJ, et al. The prevalence of age-related macular degeneration in Asians: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2010;117(5):921-927.
14. Friedman DS, O'Colmain BJ, Munoz B, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004;122(4):564-572.
15. Klein R, Klein BE, Knudtson MD, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in 4 racial/ethnic groups in the multi ethnic study of atherosclerosis. *Ophthalmology*. 2006; 113(3):373-380.
16. Klein R, Chou CF, Klein BE, Zhang X, Meuer SM, Saaddine JB. Prevalence of age-related macular degeneration in the US population. *Arch Ophthalmol*. 2011;129(1):75-80.
17. Song P, Du Y, Chan KY, Theodoratou E, Rudan I. The national and subnational prevalence and burden of age-related macular degeneration in China. *J Glob Health*. 2017;7(2):020703.
18. Chakravarthy U, Elisabeth P, Astrid F, et al. Clinical risk factors for age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis. *BMC Ophthalmol*. 2010;10(1):31.

19. Rastogi N, Smith RT. Association of age-related macular degeneration and reticular macular disease with cardiovascular disease. *Surv Ophthalmol*. 2016;61(4):422-433.
20. Choudhury F, Varma R, McKean-Cowdin R, Klein R, Azen SP. Risk factors for four-year incidence and progression of age-related macular degeneration: the los angeles latino eye study. *Am J Ophthalmol*. 2011;152(3):385-395.
21. Fischer T. The age-related macular degeneration as a vascular disease/part of systemic vasculopathy: contributions to its pathogenesis. *Orv Hetil*. 2015;156(9):358-365.
22. Srinivasan S, Swaminathan G, Kulothungan V, Ganesan S, Sharma T, Raman R. Age-related macular degeneration in a South Indian population, with and without diabetes. *Eye (Lond)*. 2017;31(8):1176-1183.
23. Choi JK, Lym YL, Moon JW, Shin HJ, Cho B. Diabetes mellitus and early age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 2011;129(2):196-199.
24. Klein R, Knudtson MD, Lee KE, Klein BE. Serum cystatin C level, kidney disease markers, and incidence of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study. *Arch Ophthalmol*. 2009;127(2):193-199.
25. Houston T. Smoking and age-related macular degeneration. *Am Fam Phys*. 2001;63(2):826.
26. Bhatiwada N, Bangera Sheshappa M, Prabhu P, Baskaran V. Dietary and lifestyle risk factors associated with age-related macular degeneration: a hospital based study. *Indian J Ophthalmol*. 2013;61(12):722-727.
27. Chong EW, Kreis AJ, Wong TY, Simpson JA, Guymer RH. Alcohol consumption and the risk of age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis. *Am J Ophthalmol*. 2008;145(4):707-715.
28. Humphries JM, Khachik F. Distribution of lutein, zeaxanthin, and related geometrical isomers in fruit, vegetables, wheat, and pasta products. *J Agric Food Chem*. 2003;51(5):1322-1327.
29. Merle BMJ, Silver RE, Rosner B, Seddon JM. Associations between vitamin D intake and progression to incident advanced age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2017;58(11):4569-4578.
30. Zhu W, Wu Y, Meng YF, Xing Q, Tao JJ, Lu J. Fish consumption and age-related macular degeneration incidence: a metaanalysis and systematic review of prospective cohort studies. *Nutrients*. 2016;8(11):743-756.
31. Weikel KA, Chiu CJ, Taylor A. Nutritional modulation of age-related macular degeneration. *Mol Aspects Med*. 2012;33(4): 318-375.
32. Swenor BK, Bressler S, Caulfield L, West SK. The impact of fish and shellfish consumption on age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2010;117(12):2395-2401.
33. Chiu CJ, Klein R, Milton RC, Gensler G, Taylor A. Does eating particular diets alter the risk of age-related macular degeneration in users of the Age-Related Eye Disease Study supplements? *Br J Ophthalmol*. 2009;93(9):1241-1246.
34. Merle BM, Benlian P, Puche N, et al. Circulating omega-3 Fatty acids and neovascular age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol*. 2014;55(3):2010-2019.
35. Anastasopoulos E, Haidich AB, Coleman AL, et al. Risk factors for age-related macular degeneration in a Greek population: the thessaloniki eye study. *Ophthalmic Epidemiol*. 2018; 25(5e6):457-469.
36. Fritsche LG, Fariss RN, Stambolian D, Abecasis GR, Curcio CA, Swaroop A. Age-related macular degeneration: genetics and biology coming together. *Annu Rev Genom Hum Genet*. 2014; 15:151-171.
37. Klein RJ, Zeiss C, Chew EY, et al. Complement factor H polymorphism in age-related macular degeneration. *Science*. 2005;308(5720):385-389.

38. Haines JL, MHauser MA, Schmidt S, et al. Complement factor H variant increases the risk of age-related macular degeneration. *Science*. 2005;308(5720):419-421.
39. Edwards AO, Ritter R, Abel KJ, Manning A, Panhuysen C, Farrer LA. Complement factor H polymorphism and age-related macular degeneration. *Science*. 2005;308(5720): 421-424.
40. Sepp T, Khan JC, Thurlby DA, et al. Complement factor H variant Y402H is a major risk determinant for geographic atrophy and choroidal neovascularization in smokers and nonsmokers. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2006;47(2): 536-540.
41. Despret DD, Klaver CCW, Witterman JCM, et al. Complement factor H polymorphism, complement activators, and risk of age-related macular degeneration. *JAMA*. 2006;296(3): 301-309.
42. Kaur L, Katta S, Reddy RK, et al. The involvement of complement factor B and complement component C2 in an Indian cohort with age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2010;51(1):59-63.
43. Kew RR, Ghebrehwet B, Janoff A. Cigarette smoke can activate the alternative pathway of complement in vitro by modifying the third component of complement. *J Clin Invest*. 1985;75(3):1000-1007.
44. Esparza-Gordillo J, Soria JM, Buil A, et al. Genetic and environmental factors influencing the human factor H plasma levels. *Immunogenetics*. 2004;56(2):77-82.
45. Wang JJ, Rochtchina E, Smith W, et al. Combined effects of complement factor H genotypes, fish consumption, and inflammatory markers on long-term risk for age-related macular degeneration in a cohort. *Am J Epidemiol*. 2009; 169(5):633-641.
46. Ho L, van Leeuwen R, Witterman JC, et al. Reducing the genetic risk of age-related macular degeneration with dietary antioxidants, zinc, and omega-3 fatty acids: the Rotterdam study. *Arch Ophthalmol*. 2011;129(6):758-766.
47. Wang JJ, Buitendijk GHS, Rochtchina E, et al. Genetic susceptibility, dietary antioxidants, and long-term incidence of age-related macular degeneration in two populations. *Ophthalmology*. 2014;121(3):667-675.
48. Schmidt S, Haines JL, Postel EA, et al. Joint effects of smoking history and APOE genotypes in age-related macular degeneration. *Mol Vis*. 2005;11:941-949.
49. Schmidt S, Saunders AM, De La Paz MA, et al. Association of the apolipoprotein E gene with age-related macular degeneration: possible effect modification by family history, age, and gender. *Mol Vis*. 2000;6:287-293.
50. Del Priore LV, Kuo YH, Tezel TH. Age-related changes in human RPE cell density and apoptosis proportion in situ. 2002; 43(10):3312-3318.
51. Ciulla TA. Evolving pathophysiological paradigms for age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol*. 2001;85(5): 510-512.
52. van Lookeren Campagne M, LeCouter J, Yaspan BL, Ye W. Mechanisms of age-related macular degeneration and therapeutic opportunities. *J Pathol*. 2014;232(2):151-164.
53. Feeney-Burns L, Hilderbrand ES, Eldridge S. Aging human RPE: morphometric analysis of macular, equatorial, and peripheral cells. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1984;25(2):195-200.
54. Sui GY, Liu GC, Liu GY, et al. Is sunlight exposure a risk factor for age-related macular degeneration? A systematic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol*. 2013;97(4):389-394.
55. Clemons TE, Milton RC, Klein R, Seddon JM, Ferris FL. Risk factors for the incidence of advanced age-related macular degeneration in the age-related eye disease study (AREDS) AREDS report no. 19. *Ophthalmology*. 2004;112(4):533-539.
56. Wang Y, Wang M, Zhang X, et al. The association between the lipids levels in blood and risk of age-related macular degeneration. *Nutrients*. 2016;8(10):663-677.

57. Sparrow JR, Fishkin N, Zhou, et al. A2E, a byproduct of the visual cycle. *Vis Res.* 2003;43(28):2983-2990.
58. Zhou J, Jang YP, Kim SR, Sparrow JR. Complement activation by photooxidation products of A2E, a lipofuscin constituent of the retinal pigment epithelium. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2006; 103(44):16182-16187.
59. Seddon JM, Gensler G, Milton RC, Klein ML, Rifai N. Association between C-reactive protein and age-related macular degeneration. *JAMA.* 2004;291(6):704-710.
60. Huang L, Zhang H, Chen CY, et al. A missense variant in FGD6 confers increased risk of polypoidal choroidal vasculopathy. *Nat Genet.* 2016;48(6):640-647.
61. Scott WK, Schmidt S, Hauser MA, et al. Independent effects of complement factor H Y402H polymorphism and cigarette smoking on risk of age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 2007;114(6):1151-1156.
62. Campochiaro PA, Soloway P, Ryan SJ, Miller JW. The pathogenesis of choroidal neovascularization in patients with age-related macular degeneration. *Mol Vis.* 1999;5:34.
63. Mori F, Konno S, Hikichi T, Yamaguchi Y, Ishiko S, Yoshida A. Pulsatile ocular blood flow study: decreases in exudative age-related macular degeneration. *Br J Ophthalmol.* 2001;85(5): 531-533.
64. Friedman E, Krupsky S, Lane AM, et al. Ocular blood flow velocity in age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 1995;102(4):640-646.
65. Friedman E, Ivry M, Ebert E, Glynn R, Gragoudas E, Seddon J. Increased scleral rigidity and age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 1989;96(1):104-108.
66. Tufail AF, Holz D, Pauleikhoff RF, Spaide AC, Bird. Age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2007;245(9):1409-1410.
67. Cassels NK, Wild JM, Margrain TH, Chong V, Acton JH. The use of microperimetry in assessing visual function in age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol.* 2018;63(1):40-55.
68. Schmidt-Erfurth U, Klmscha S, Waldstein SM, Bogunovic H. A view of the current and future role of optical coherence tomography in the management of age-related macular degeneration. *Eye.* 2017;31(1):26-44.
69. Schuman SG, Koreishi AF, Farsiu S, Jung SH, Izatt JA, Toth CA. Photoreceptor layer thinning over drusen in eyes with age-related macular degeneration imaged in vivo with spectral-domain optical coherence tomography. *Ophthalmology.* 2009;116(3):488-496.
70. Cicinelli MV, Rabiolo A, Sacconi R, et al. Optical coherence tomography angiography in dry age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol.* 2018;63(2):236-244.
71. Boltz A, Luksch A, Wimpfing B, et al. Choroidal blood flow and progression of age-related macular degeneration in the fellow eye in patients with unilateral choroidal neovascularization. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2010;51(8): 4220-4225.
72. Bhutto IA, Uno K, Merges C, Zhang L, McLeod DS, Luty GA. Reduction of endogenous angiogenesis inhibitors in Bruch's membrane of the submacular region in eyes with age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol.* 2008;126(5): 670-678.
73. Moul E, Choi WJ, Waheed NK, et al. Ultrahigh-speed swept-source OCT angiography in exudative AMD. *Ophthalmic Surg Lasers Imag Ret.* 2014;45(6):496-505.
74. Jia Y, Bailey ST, Wilson DJ, et al. Quantitative optical coherence tomography angiography of choroidal neovascularization in age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 2014;121(7):1435-1444.
75. Cheung CMG, Yanagi Y, Akiba M, et al. Improved detection and diagnosis of polypoidal choroidal vasculopathy using a combination of optical coherence tomography and optical coherence tomography angiography. *Retina.* 2019;39(9): 1655-1663.

76. Reichel E, Berroca A, Michael I, et al. Transpupillary thermotherapy of occult subfoveal choroidal neovascularization in patients with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 1999;106(10):1908-1914.
77. Agnieszka KT. Transpupillary thermotherapy (TTT) with injections of triamcinolone acetonide under posterior Tenon's capsule in the treatment of exudative age-related macular degeneration (AMD). *Klin Oczna*. 2010;112(10e12):289-292.
78. So"derberg AC, Algvere PV, Hengstler JC, So"derberg P, Seregard S, Kvanta A. Combination therapy with low-dose transpupillary thermotherapy and intravitreal ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: a 24-month prospective randomised clinical study. *Br J Ophthalmol*. 2012;96(5):714-718.
79. Kumar Chhablani J. Photodynamic therapy for polypoidal choroidal vasculopathy. *Am J Ophthalmol*. 2010;150(5): 754-755.
80. Hamilton WS. New treatments for age-related macular degeneration. *Lancet*. 2007;370(9597):1480-1481.
81. Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2006;355(14):1419-1431.
82. Brown DM, Kaiser PK, Michels M, et al. Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2006;355(14):1432-1444.
83. Hikichi T, Agarie M. Reduced vessel density of the choriocapillaris during anti-vascular endothelial growth factor therapy for neovascular age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60(4):1088-1095.
84. Ng EW, Shima DT, Calias P, Cunningham Jr ET, Guyer DR, Adamis AP. Pegaptanib, a targeted anti-VEGF aptamer for ocular vascular disease. *Nat Rev Drug Discov*. 2006;5(2): 123-132.
85. Gragoudas ES, Adamis AP, Cunningham Jr ET, Feinsod M, Guyer DR. VEGF inhibition study in ocular neovascularization clinical trial group. Pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2004;351(27): 2805-2816.
86. Holash J, Davis S, Papadopoulos N, et al. VEGF-Trap: a VEGF blocker with potent antitumor effects. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2002;99(17):11393-11398.
87. Heier JS, Brown DM, Chong V, et al. Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2012;119(12):2537-2548.
88. Li X, Xu G, Wang Y, et al. Safety and efficacy of conbercept in neovascular age-related macular degeneration: results from a 12-month randomized phase 2 study: AURORA study. *Ophthalmology*. 2014;121(9):1740-1747.
89. Dugel PU, Adrian Koh F, Ogura Y, et al. HAWK and HARRIER: phase 3, multicenter, randomized, double-masked trials of brolucizumab for neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2020;127(1):72-84.
90. Khanani AM, Patel SS, Ferrone PJ, et al. Efficacy of every four monthly and quarterly dosing of faricimab vs ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration the STAIRWAY phase 2 randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol*. 2020; 138(9):964-972.
91. Kunimoto D, Ohji M, Maturi RK, et al. Evaluation of abicipar pegol (an anti-VEGF DARPIN therapeutic) in patients with neovascular age-related macular degeneration: studies in Japan and the United States. *Ophthalm Surg Lasers Imag Ret*. 2019;50:e10-e12.
92. Hu DN, Del Monte MA, Liu S, Maumenee IH. Morphology, phagocytosis, and vitamin A metabolism of cultured human retinal pigment epithelium. *Birth Defects Orig Artic Ser*. 1982;18(6):67-79.

93. Schwartz SD, Hubschman JP, Heilwell G, et al. Embryonic stem cell trials for macular degeneration: a preliminary report. *Lancet*. 2012;379(9817):713-720.
94. Da Cruz L, Fynes K, Georgiadis O, et al. Phase 1 clinical study of an embryonic stem cell-derived retinal pigment epithelium patch in age-related macular degeneration. *Nat Biotechnol*. 2018;36(4):328-337.
95. Pechan P, Rubin H, Lukason M, et al. Novel anti-VEGF chimeric molecules delivered by AAV vectors for inhibition of retinal neovascularization. *Gene Ther*. 2009;16(1):10-16.
96. Rakoczy EP, Lai CM, Magno AL, et al. Gene therapy with recombinant adeno-associated vectors for neovascular age-related macular degeneration: one year follow-up of a phase 1 randomised clinical trial. *Lancet*. 2015;386(10011): 2395-2403.
97. Li W, Dong L, Ma M, et al. Preliminary in vitro and in vivo assessment of a new targeted inhibitor for choroidal neovascularization in age-related macular degeneration. *Drug Des Dev Ther*. 2016;10:3415-3423.
98. De Oliveira Dias JR, Rodrigues EB, Maia M, Magalhães Jr O, Penha FM, Farah ME. Cytokines in neovascular age-related macular degeneration: fundamentals of targeted combination therapy. *Br J Ophthalmol*. 2011; 95(12):1631-1637.

BRIGA O STARIM LICIMA SA BOLESTI ŽUTE MRLJE

Sažetak

Makularna degeneracija predstavlja jedno od najčešćih oboljenja vida kod starijih osoba, uzrokujući progresivan gubitak centralnog vida i značajno utičući na kvalitet života oboljelih. Briga o starijim licima sa ovom bolešću zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje medicinsku njegu, psihološku podršku i prilagođavanje životnog okruženja. U radu su analizirani izazovi sa kojima se suočavaju oboljeli, kao i strategije koje mogu poboljšati njihovu samostalnost i olakšati svakodnevne aktivnosti. Poseban naglasak stavljen je na važnost edukacije pacijenata i njihovih porodica, primjenu asistivnih tehnologija te ulogu zdravstvenih i socijalnih službi u pružanju adekvatne njege. Cilj istraživanja je ukazati na ključne faktore koji doprinose boljoj kvaliteti života oboljelih i predložiti mjere za unapređenje sistema podrške.

Ključne riječi: makularna degeneracija, starija populacija, gubitak vida, njega pacijenata, asistivne tehnologije, kvaliteta života

Abstract

Macular degeneration is one of the most common vision disorders among the elderly, causing progressive central vision loss and significantly impacting the quality of life of affected individuals. Caring for elderly people with this condition requires a comprehensive approach that includes medical care, psychological support, and adaptation of the living environment. This paper analyzes the challenges faced by patients, as well as strategies that can enhance their independence and facilitate daily activities. Special emphasis is placed on the importance of patient and family education, the use of assistive technologies, and the role of healthcare and social services in providing adequate care. The aim of the study is to highlight key factors that contribute to improving the quality of life of affected individuals and to propose measures for enhancing support systems.

Key words: macular degeneration, elderly population, vision loss, patient care, assistive technologies, quality of life

Uvod

Starenje populacije donosi brojne zdravstvene izazove, a među njima je i makularna degeneracija – progresivna bolest žute mrlje (makule), koja predstavlja jedan od vodećih uzroka gubitka vida kod starijih osoba. Ova bolest značajno utiče na kvalitet života oboljelih, otežavajući im obavljanje svakodnevnih aktivnosti, smanjujući njihovu samostalnost i povećavajući potrebu za tuđom pomoći.

Starije osobe su zabrinute zbog gubitka samostalnosti i mobilnosti. Istraživanja su pokazala da gubitak centralne vidne oštine dovodi do smanjenja dnevnih aktivnosti i mobilnosti kod starijih osoba.¹ Gubitak centralne vidne oštine također povećava rizik od padova, prijeloma i depresije u ovoj populaciji (Mangione, i drugi, 1994). Makularna degeneracija povezana sa starenjem je vodeći uzrok ozbiljnog gubitka vida kod starijih Amerikanaca (National Research Council, Division of Behavioral, Social Sciences, Committee on the Health, & Safety Implications of Child Labor, 1998). U ovom stanju, centralni dio retine (makula) propada i centralni vid može biti izgubljen. Centralna vizija je vizija “visoke definicije” koja je potrebna za čitanje, vožnju, gledanje televizije, prepoznavanje ljudi i obavljanje mnogih drugih aktivnosti svakodnevnog života. Periferni vid uglavnom ostaje netaknut, a starije osobe sa makularnom degeneracijom uzrokovanom starenjem rijetko trebaju štapove ili pse vodiče. Međutim, utvrđeno je da imaju niže ocjene kvalitete života od osoba s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću ili sindromom stečene imunodeficijencije (Davis, Lovie-Kitchin, & Thompson, 1995).

Briga o starijim licima sa makularnom degeneracijom zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje medicinsku njegu, psihološku podršku i prilagođavanje životnog okruženja. Osim medicinskog tretmana, ključno je omogućiti adekvatnu edukaciju pacijenata i njihovih porodica, kao i obezbijediti asistivne tehnologije koje mogu olakšati svakodnevni život.

Cilj ovog rada je analizirati izazove sa kojima se suočavaju starije osobe oboljele od makularne degeneracije, ukazati na značaj medicinske i socijalne podrške te predložiti načine za unapređenje njihove njege i kvaliteta života. Razmatranjem različitih aspekata brige o oboljelima nastoji se doprinijeti boljem razumijevanju potreba ove populacije i pronalaženju rješenja koja će im omogućiti dostojanstven i samostalan život.

1. Makularna degeneracija povezana sa starenjem

Starostna makularna degeneracija je odgovorna za oko 50% slučajeva legalnog sljepila širom svijeta. Pacijenti sa starosnom degeneracijom makulte pate od značajnog pada kvaliteta života i povećane zavisnosti (Lotery, Xu, & Loftus, 2007). Prema sistematskom pregledu obavljenom 2014. godine, predviđa se da će starosna degeneracija makule pogoditi 288 miliona ljudi širom svijeta do 2040. godine, sa trenutnom zajedničkom prevalencijom od 8% u starosnom rasponu 45-85 (Wong WanLing, i drugi, 2014). Rani stadijum starosne degeneracije makule je češći od kasnog stadijuma, ili neovaskularna („mokri“) starosna degeneracija makule (8% i 0,4%, respektivno) (Jonas, Cheung, & Panda-Jonas, 2017). Meta-analiza literature objavljene u engleskim i kineskim bazama podataka do marta 2021. procijenila je da će predviđeni broj novih slučajeva ranog i kasne starosne degeneracije makule u 2050. biti 39,05 miliona odnosno 6,41 miliona (Gregory, Robinson, Colagiuri, de Beaufort, & Ogle, 2022).

U posljednjoj deceniji, intravitrealni antivaskularni endotelni faktor rasta (anti-VEGF) ili antiangiogena terapija postala je standard liječenja neovaskularne starosne degeneracije makule, pokazujući djelotvornost u prevenciji gubitka vida (Gale, i drugi, 2019).

Pravovremenost liječenja je ključna za starosnu degeneraciju makule. Pristup efikasnom i pravovremenom liječenju može poboljšati vid i smanjiti učestalost sljepoće (Real, i drugi, 2013). Kašnjenja mogu dovesti do pogoršanja vida i nepovratnog oštećenja, pri čemu pacijenti imaju manje koristi od liječenja.

Starosna degeneracija makule pogađa uglavnom stariju populaciju, koja je slabija, ranjivija, ima manju potrošačku moć i često slabije znanje o upravljanju zdravstvenim sistemom. Starosna degeneracija makule se može podudarati s drugim kroničnim bolestima koje se javljaju u poodmakloj dobi.

2. Liječenje pacijenata sa starosnom degeneracijom makule

Dok se većina liječenja makularne degeneracije povezane sa starenjem provodi u sekundarnoj njezi, kliničari primarne zdravstvene zaštite imaju vitalnu ulogu u pomaganju pacijentu da se prilagodi svim vidnim problemima koji iskuse.

2.1. Liječenje u sekundarnoj njezi

Intervencije liječenja su ograničene na one pacijente s neovaskularnom (vlažnom) makularnom degeneracijom uzrokovanom starenjem: glavni tretman su sada intravitrealne injekcije anti-VEGF antitijela. Drugi tretmani kao što su fotodinamička terapija verteporfinom, laserska ablacija novoformiranih krvnih sudova ili hirurški pristupi su korišteni u prošlosti, ali su mnogo manje efikasni od intravitrealnih anti-VEGF injekcija i sada su ograničeni na upotrebu u vrlo odabranim slučajevima.

2.2. Bolesnici s neovaskularnom makularnom degeneracijom uzrokovanom starenjem

Anti-VEGF terapije su sada standardni tretman prve linije za neovaskularnu makularnu degeneraciju uzrokovanu starenjem širom svijeta i transformisale su liječenje i prognozu ovih pacijenata za manje od jedne decenije (Lim, Mitchell, Seddon, Holz, & Wong, 2012). Ovi tretmani ne samo da pokazuju visoku stopu uspjeha u stabilizaciji vida (sprečavanje daljnjeg gubitka vida u približno 95% slučajeva u oko 95% slučajeva), već mogu poboljšati i stabilnost vida kod 2 pacijenta (Bressler, i drugi, 2010). Na Novom Zelandu se koriste dva anti-VEGF antitijela koja daju uporedive rezultate: bevacizumab i ranibizumab. Lista bolničkih lijekova postavlja kriterije za nacionalno dosljedan pristup ovim tretmanima – u većini slučajeva bevacizumab bi se koristio kao prva linija, a ranibizumab bi se koristio ako se bevacizumab ne toleriše ili nije odgovarajući. Bevacizumab je znatno jeftiniji od ranibizumaba i iz tog razloga je najomiljeniji tretman u svijetu. Međutim, ovaj lijek je razvijen za liječenje različitih karcinoma i koristi se off-label za intravitrealno liječenje pacijenata s makularnom degeneracijom (National Health Committee, 2015).

2.3. Pacijenti sa geografskom atrofijom

Mogućnosti liječenja pacijenata s geografskom atrofijom su ograničene. Menadžment se fokusira na podršku i savjetovanje, praćenje praćenja i savjetovanje o mjerama koje mogu smanjiti stopu progresije.

3. Život sa degeneracijom makule povezane sa starenjem

Pacijenti s postepenim ili naglim pogoršanjem vida mogu doživjeti promjene koje utječu na sve aspekte njihovog života, kao što su njihova sposobnost rada, čitanja, korištenja računara, vožnje, bavljenja hobijima ili sportom i održavanje nivoa nezavisnosti i odnosa s drugima. Pacijenti mogu biti zabrinuti zbog mogućeg budućeg gubitka vida i konačnog sljepoće, kao i zahtjeva za testiranjem i liječenjem za njihovo stanje. Prevalencija depresije kod ljudi sa makularnom degeneracijom povezanom sa starenjem je između 16-44% (Dawson, Mallen, Gouldstone, & Mansell, 2014).

4. Psihosocijalni uticaj makularne degeneracije povezane sa starenjem

Sa sve većim gubitkom centralnog vida, pacijenti gube sposobnost čitanja i obavljanja određenih aktivnosti svakodnevnog života. Stariji pacijenti koji rade mogu biti zabrinuti zbog gubitka svojih prihoda ili sposobnosti da ostvare životne ciljeve. Pacijenti također mogu otkriti da se njihova slika o sebi mijenja od one odgovorne, aktivne osobe do osobe koja mora ovisiti o drugima za pomoć. S promjenom sposobnosti samostalnog funkcioniranja, stariji pacijenti mogu imati dodatne troškove za pomoć u svakodnevnim aktivnostima i putovanjima.

Zajedno sa oftalmologom, porodični lekar će morati da prati mentalno zdravlje pacijenta sa starosnom makularnom degeneracijom. Osobe koje slabo vide mogu imati poteškoća da se prilagode svom smanjenom vidu i mogu iskusiti viši nivo anksioznosti i usamljenosti od onih koji su potpuno slijepi (Morse, 1983). Sa progresijom makularne degeneracije, pacijenti mogu doživjeti mnoge epizode tugovanja. Ove ponavljane epizode tuge mogu takođe biti stresne za porodicu i prijatelje.

Osim pružanja potrebne emocionalne udobnosti, od porodice će se vjerovatno tražiti i fizička i finansijska pomoć. Starijim osobama s makularnom degeneracijom bit će potrebna pomoć u jednostavnim zadacima kao što su kuhanje (npr. čitanje recepata i pronalaženje sastojaka), plaćanje računa i uzimanje lijekova. Kako postanu nesposobni da voze, trebat će im pomoć da dođu do ljekarskih pregleda i posjeta prijateljima i porodici, kontakti koji su ključni u sprječavanju izolacije i kasnije depresije.

5. Briga o starim licima sa degeneracijom makule

5.1. Obezbjedenje lijekova

Pravilno uzimanje lijekova ima značajan utjecaj na kvalitetu života starijih osoba. Starost je jedan od faktora rizika kada se govori o upotrebi lijekova. Predoziranje drogama i prekomjerne doze lijekova česti su problemi među starijim osobama. Nuspojave lijekova su veće kod starijih osoba. Rad u multiprofesionalnom timu sprečava lekarske greške kod starijih. Planove medicinske njege treba raditi zajedno u kooperativnom timu. Lijekove starijih koji žive kod kuće treba redovno kontrolirati u ambulantama. Posao medicinske

sestre je osigurati da pacijent može uzimati lijekove na pravi način i osigurati da pacijent ima dovoljno znanja o lijekovima koje koristi (Metsälä & Vaherkoski, 2014).

Pacijent može biti dio njegove medicinske njege, kada zna o svojim lijekovima, razumio je informacije i ranije je učestvovao u njegovoj medicinskoj njezi.

5.2. Korištenje terapije u skladu sa uputstvima

99% ljudi od 75 godina koristi neke lijekove. Samo polovina tih ljudi koristi svoje lijekove u skladu s uputama ljekara. Tablete se uzimaju neredovno, starije osobe mogu uzimati previše lijeka ili koristiti lijekove bez razloga. U ovim situacijama pacijent nije posvećen liječenju. Pridržavanje tretmana zahtijeva interakciju između medicinske sestre i pacijenta, oni bi trebali pregovarati u dogovoru. Zahtijeva aktivnu ulogu pacijenta i svjestan izbor pacijenta da bude dio liječenja. Važan je dijalog u kojem pacijent uči od medicinske sestre, a medicinska sestra od pacijenta. Važnost dijaloga je značajna jer pacijent može imati pogrešna uvjerenja o potrebnom lijeku ili metodama liječenja (Iversen, 2016).

Pitanja koja utiču na pridržavanje pacijenata sa terapijom lijekovima su broj i složenost lekova i učestalost doziranja. Postoji rizik od prekida liječenja lijekom ako pacijent smatra da lijek nije koristan ili ako su nuspojave prevelike. Neznanje prema pacijentu može uticati na njegovu usklađenost. Važni su povjerljiva i pozitivna njega i pružanje informacija o opcijama pacijentu. Usklađenost je kvalitativnija kada se raspravlja o režimu uzimanja lijekova, a pacijentu se daje povratna informacija o rezultatima. Uputstva za terapiju lijekovima među starijim osobama trebaju biti što jednostavnija. Medicinski režim i recepti trebaju biti jasni i dati ih u pisanoj formi.

5.3. Fizičko funkcioniranje i lijekovi

Fizičke promjene u starenju mogu uzrokovati probleme s upotrebom lijekova. Fizičke promjene mogu uzrokovati npr. drhtanje ruku i probleme s preciznošću, kada je uzimanje i doziranje lijeka teže (Hujala & Tiainen, 2009). Kada pacijent koristi kapi za oči, značajno je da je doziranje aseptično, a vrh kapaljke ne smije ništa dodirivati kada koristi lijek. Upotreba lijekova za oči zahtijeva spretnost šake i prstiju, što kod starijih možda nije jednostavno. Stoga se, kao profesionalna medicinska sestra, preporučuje davanje informacija o upotrebi lijekova (Jaatinen & Raudasoja, 2013).

Problemi s fizičkim promjenama utiču na sposobnost ravnoteže i sposobnost modulacije pokreta, mišićne snage i koordinacije. Posao medicinske sestre je da ispita da li je pacijent fizički u stanju da uzme lekove i da li je u stanju da uzme pravu količinu leka. Medicinska sestra mora osigurati da pacijent može sam staviti kapi za oči. Kada pacijent počne uzimati novi lijek, trebalo bi imati dovoljno vremena za usmjeravanje pacijenta. Pravilna upotreba lijekova poboljšava zdravstveno stanje bolesti (Eloranta & Punkanen, 2008).

5.4. Poremećaji pamćenja i lijekovi

Poremećaji pamćenja oštećuju ljudski mozak, pogoršavajući performanse. Poremećaji pamćenja su česti među starijim osobama. Pacijent s poremećajem pamćenja može biti nemiran, ljut ili čak nasilan. Može postavljati ista pitanja nekoliko puta ili govoriti neprekidno. Takođe može biti sumnjičav, zao ili odsutan (Alhainen, Erkinjuntti, & Vataja, 2005).

Starenje smanjuje funkciju pamćenja, poremećaji pamćenja je više smanjuju. Problemi sa pamćenjem zbog starenja obično ne utiču na svakodnevni život, ali problemi sa pamćenjem zbog poremećaja pamćenja mogu uticati na svakodnevni život starijih osoba. Obrada podataka postaje teža kada se dijagnosticira poremećaj pamćenja. Deficit pažnje, vizuopatske funkcije i vraćanje pamćenja uobičajeni su problemi kod pacijenata s poremećajima pamćenja.

Pacijent s poremećajem pamćenja možda neće biti u stanju da se brine o svojoj individualnoj ili potpomognutoj njezi (Heimonen & Fried, 2015). Međutim, pacijent mora dobiti informacije o svom lijeku. Čak i ako pacijent ne uzima lijek sam, lijek treba dati pacijentu na uobičajen način.

Pacijent sa produženim poremećajem pamćenja često zavisi od brige svojih rođaka. Rođaci imaju znanje o pacijentu, mogu učestvovati u njezi pacijenta. Oni su u stanju da ispričaju o pacijentovoj ličnosti i željama pacijenta s obzirom na njegovu negu. Oni osiguravaju osjećaj sigurnosti za pacijenta. Rođaci mogu provjeriti bolesnikovu anamnezu, alergije i lijekove koji se koriste (Kainulainen, 2018).

5.5. Pomoć pacijentima s oštećenom vidom

Najmanje 50% pacijenata sa oštećenim vidom treba pomoć u svakodnevnom životu. Pronalaženje odredišta, navigacija i pronalaženje različitih objekata može biti komplikovano za slabovidne pacijente. Postoji preko 140 proizvoda i sistema koji pomažu u svakodnevnim aktivnostima pacijenata sa oštećenim vidom (Kainulainen, 2018).

Na vid pacijenata sa oštećenjem vida utiču osvetljenje, kontrasti i zaslepljujuća osetljivost. Njegovo stanje pripravnosti takođe utiče na njegovu sposobnost vida. Može imati problema sa ravnotežom i sagledavanjem udaljenosti. Medicinska sestra treba da bude proaktivna u susretu sa slabovidnim pacijentom. Medicinska sestra treba da pozdravi pacijenta naglas i, dok pozdravlja, može dodirnuti ruku pacijenta. Važno je da pacijent bude u toku tako što ćete naglas reći šta će medicinska sestra uraditi. Na primjer, kada medicinska sestra odlazi, treba to naglas reći pacijentu (Kainulainen, 2018).

Kada medicinska sestra razgovara sa pacijentom, on treba da dodiruje pacijenta dok govori. Medicinska sestra takođe može koristiti ime pacijenta dok govori. U suprotnom pacijent možda neće shvatiti da medicinska sestra razgovara s njim. Kada medicinska sestra hoda sa slabovidnim pacijentom, medicinska sestra treba da pruži ruku pacijentu.

Kada medicinska sestra daje savjete pacijentu, treba koristiti precizne izraze, na primjer "na desnoj strani", "na lijevoj strani", "ispred vas" (Eloranta & Punkanen, 2008).

Hodanje sa slabovidnim pacijentom je lakše kada medicinska sestra hoda ispred pacijenta, a pacijent drži sestru za ruku. Govor medicinske sestre treba da bude usmeren direktno na pacijenta, a ne na njegovog mogućeg asistenta. Pacijent sa oštećenim vidom obično dobro čuje (Kainulainen, 2018).

Podrška pacijentovom učešću i čulima je važan faktor u jasnom vođenju. Trebalo bi da čini logičnu cjelinu, polazeći od opširnog do detaljnog. Treba obratiti pažnju na pitanja koja zanimaju pacijenta (tako je lakše kretanje i opažanje). Informaciju koja je pogrešno shvaćena treba riješiti (Lahtinen, Palmer, & Lahtinen, 2009).

6. Zaključak

Briga o starijim licima oboljelim od makularne degeneracije zahtijeva sveobuhvatan pristup koji obuhvata medicinsku, psihološku i socijalnu podršku. S obzirom na progresivnu prirodu bolesti, pravovremena dijagnoza i adekvatno liječenje ključni su za usporavanje gubitka vida i očuvanje kvaliteta života pacijenata. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u edukaciji pacijenata i njihovih porodica o značaju redovne terapije, prilagođavanja svakodnevnih aktivnosti i korištenja pomagala za poboljšanje vida.

Uz medicinsku njegu, emocionalna i socijalna podrška su neophodne kako bi se pacijentima omogućila veća samostalnost i smanjila izolacija. Korištenje asistivnih tehnologija, organizovanje pomoći u kućnim uslovima i prilagođavanje okruženja mogu značajno olakšati svakodnevni život oboljelih. Porodica i zdravstveni radnici zajedno doprinose očuvanju dostojanstva i dobrobiti starijih osoba sa makularnom degeneracijom, omogućavajući im što kvalitetniji i samostalniji život uprkos izazovima koje bolest donosi.

Literatura

1. Alhainen, K., Erkinjuntti, T., & Vataja, R. (2005). *Dementiasairauksiin liittyviä käytösoireita*.
2. Bressler, N., Chang, T., Suñer, I., Fine, J., Dolan, C., Ward, J., & Ianchulev, T. (2010). Vision-related function after ranibizumab treatment by better-or worse-seeing eye: clinical trial results from MARINA and ANCHOR. *Ophthalmology*, 117(4), 747-756.
3. Davis, C., Lovie-Kitchin, J., & Thompson, B. (1995). Psychosocial adjustment to age-related macular degeneration. *Journal of Visual Impairment & Blindness*(1), 16-27.
4. Dawson, S., Mallen, C., Gouldstone, M. Y., & Mansell, G. (2014). The prevalence of anxiety and depression in people with age-related macular degeneration: a systematic review of observational study data. *BMC*, 14, 1-7.
5. Eloranta, T., & Punkanen, T. (2008). *Vireään vanhuuteen*. Helsinki: Tammi.
6. Gale, R., Mahmood, S., Devonport, H. P., Ross, A., Walters, G., & Jain, N. (2019). Action on neovascular age-related macular degeneration (nAMD): recommendations for management and service provision in the UK hospital eye service. *Eye*, 33(1), 1-21.
7. Gregory, G., Robinson, T. L., Colagiuri, S., de Beaufort, C., & Ogle, G. (2022). Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 10(10), 741-760.
8. Heimonen, S., & Fried, S. (2015). *Vanhuuden mieli*. Helsinki: Ikäinstituutti.
9. Hujala, N., & Tiainen, A. (2009). *Lääkehoito lähihoitajan työssä*. Helsinki: Edita.
10. Iversen, L. (2016). *Drugs: A very short introduction*. Oxford University Press.
11. Jaatinen, T., & Raudasoja, J. (2013). *Suomalaisten sairaudet*. Helsinki: Sanoma pro oy.
12. Jonas, J., Cheung, C., & Panda-Jonas, S. (2017). Updates on the epidemiology of age-related macular degeneration. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, 6(6), 493-497.
13. Kainulainen, H. (2018). *Different characteristics of nursing care of an elderly eye patient*. Helsinki: JAMK.
14. Lahtinen, R., Palmer, R., & Lahtinen, M. (2009). *Aisti kuvailu*. Helsinki: Art-Print Oy.
15. Lim, L., Mitchell, P., Seddon, J., Holz, F., & Wong, T. (2012). Age-related macular degeneration. *The Lancet*, 379(9827), 1728-1738.
16. Lotery, A., Xu, X. Z., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, 91(10), 1303-1307.
17. Mangione, C., Phillips, R., Lawrence, M., Seddon, J., Orav, E., & Goldman, L. (1994). Improved visual function and attenuation of declines in health-related quality of life after cataract extraction. *Archives of ophthalmology*, 112(11), 1419-1425.
18. Metsälä, E., & Vaherkoski, U. (2014). Medication errors in elderly acute care—a systematic review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 12-28.
19. Morse, J. (1983). Psychosocial aspects of low vision. *Understanding low vision*, 43-54.
20. National Health Committee. (2015). *Age-related macular degeneration*. Wellington: National Health Committee.
21. National Research Council, Division of Behavioral, Social Sciences, Committee on the Health, & Safety Implications of Child Labor. (1998). Protecting youth at work: Health, safety, and development of working children and adolescents in the United States.
22. Real, J., Luna, J., Urrets-Zavalía, J., De Santis, M., Palma, S., & Granero, G. (2013). Accessibility as a conditioning factor in treatment for exudative age-related macular degeneration. *European Journal of Ophthalmology*, 23(6), 857-864.

23. Wong WanLing, W., Su XinYi, S., Li Xiang, L., Cheung, C., Klein, R., Cheng ChingYu, C., & Wong TienYin, W. (2014). Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*, 106.

BRIGA O STARIM LICIMA SA ZAMUĆENJEM VIDA

Sažetak

Starenje je prirodan proces koji donosi brojne biološke, psihološke i socijalne promjene, a jedan od čestih zdravstvenih problema starijih osoba je katarakta. Katarakta predstavlja замуćenje očnog sočiva, što dovodi do smanjenja vidne oštine i otežava svakodnevne aktivnosti. Ova studija analizira utjecaj katarakte na kvalitet života starijih osoba, mogućnosti liječenja, te ulogu medicinskih sestara i njegovatelja u postoperativnoj njezi i podršci pacijentima. Naglasak je stavljen na važnost rane dijagnostike, pravovremene hirurške intervencije i edukacije pacijenata o postoperativnoj njezi. Također se ističe značaj uloge njegovatelja u pružanju pomoći starijim osobama kako bi se smanjio rizik od padova i poboljšala njihova samostalnost.

Ključne riječi: starenje, katarakta, vidna oština, postoperativna njega, medicinske sestre, njegovatelji, kvaliteta života

Abstract

Aging is a natural process that brings numerous biological, psychological, and social changes, with cataracts being one of the most common health issues among older individuals. Cataracts cause clouding of the eye lens, leading to reduced visual acuity and difficulties in daily activities. This study examines the impact of cataracts on the quality of life of elderly individuals, available treatment options, and the role of nurses and caregivers in postoperative care and patient support. Emphasis is placed on the importance of early diagnosis, timely surgical intervention, and patient education regarding postoperative care. The study also highlights the crucial role of caregivers in assisting elderly individuals to reduce the risk of falls and enhance their independence.

Key words: aging, cataract, visual acuity, postoperative care, nurses, caregivers, quality of life

Uvod

Starenje je normalna fiziološka pojava, odnosno proces koji traje čitav život i u kojem čovjek doživljava stalne biološke, psihološke i socijalne promjene, dok je *starost* stanje vezano uz određenu životnu dob. Kalendarski starost je određena s dobi od 65 godina života, to je pojava koja nije istovjetana za sve ljude, svaka osoba različito stari na šta mogu uticati razne razlike u načinu i brzini uvjetovane nasljednim osobinama, kvalitetom života, nazočnošću različitih rizičnih čimbenika i bolesti, što znači da postoje velike individualne varijacije zavisno od osobe do osobe.

Katarakta je stanje u kojem očno sočivo postaje zamućeno, što narušava sposobnost osobe da jasno vidi. Ovo stanje je uobičajeno kod starijih osoba zbog prirodnog starenja očnog sočiva.

Ovo stanje oka se odnosi na zamućenje sočiva, što dovodi do zamućenog vida i smanjene jasnoće vida. Sočivo, odgovorno za fokusiranje svjetlosti na mrežnjaču, s vremenom postepeno postaje neprozirno, ometajući jasan vid. Ovo stanje se često razvija zbog starosnih promjena u oku. Mogu se pojaviti i zbog drugih faktora kao što su genetika, dijabetes, pušenje ili dugotrajnoj izlaganju sunčevoj svjetlosti.

1. Katarakta

Kada se vid ne može poboljšati refrakcijom, sljedeće pitanje za starije osobe treba biti mogućnost da se razvila katarakta. Katarakte predstavljaju vodeći uzrok sljepoće širom svijeta i izuzetno su česte sa starenjem.

Katarakta je vodeći uzrok sljepoće i reverzibilnog oštećenja vida u svijetu (Meuleners, Fraser, Ng, & Morlet, 2014), a definira se kao bilo koja zamućenost u kristalima koja smanjuje vidnu oštrinu. Pogađa oko 75% starijih osoba starijih od 70 godina (Ferraz, Lima, Cella, & Arieta, 2002) i utiče na različite aspekte vida negativno utječući na kvalitetu života (QOL) (Bravo Filho, Ventura, Brandt, Sarteschi, & Ventura, 2012). Prema Lee et al., smanjena vidna oštrina je drugi simptom većeg uticaja na kvalitet života, odmah iza poteškoća s disanjem (Ferraz, Lima, Cella, & Arieta, 2002).

Katarakta, definirana kao gubitak optičke konzistencije kristalnog sočiva, razvija se postupno, protežući se od najmanjih promjena prvobitne čistoće sočiva do potpunog zamućenja (WHO, 2013). To je vodeći uzrok gubitka vida kod ljudi starijih od 40 godina i vodeći svjetski uzrok sljepoće. Prema WHO, katarakta je vodeći uzrok slabog vida širom svijeta. Unatoč potencijalu za odlične rezultate, ishod operacije katarakte često može biti suboptimalan, posebno u ruralnim područjima (Robertson, 2015). Procjenjuje se da je na globalnom nivou 285 miliona ljudi svih starosnih dobi sa oštećenim vidom. Rezultati studije oka Beaver Dam pokazali su da 38,8% muškaraca i 45,9% žena ima vizuelno značajnu kataraktu (Zetterberg & Celoejevic, 2015).

Prevalencija katarakte ili prethodne potrebe za operacijom katarakte porasla je sa 56% kod onih u dobi od 70-79 godina na 97,5% kod osoba starijih od 90 godina. vizualnu funkciju ili obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti, a želi poboljšati vid hirurškom intervencijom. Kako se otprilike 95% operacija katarakte izvodi pod lokalnom anestezijom (El-Hindy, Johnston, Jaycock, Eke, & Sparrow, 2009), medicinski komorbiditeti su manje kritični nego za većinu operacija.

Katarakta u početku ne može uzrokovati smetnje vida jer zamućenje zahvaća samo mali dio sočiva, ali kako raste, mogu se primijetiti različiti simptomi. Pacijent s kataraktom može se žaliti na smanjenje vida, abnormalnu percepciju boja i odsjaj.

Katarakta je povezana sa lošim zdravljem, ograničenom aktivnošću, smanjenom sposobnošću vožnje, teškim emocionalnim stresom i smanjenom kvalitetom života. Slab vid također može biti veliki psihološki stres za pacijente i njihove porodice (Lam, i drugi, 2015). Kada se vid osobe pogorša na oko 20/50, to ugrožava kvalitetu života i obično se predlaže operacija katarakte (Oleš & Oleš, 2012).

Medicinski problemi od najveće važnosti su tremor glave, nemogućnost relativno ravnog ležanja bez pretjeranog otežanog disanja i kognitivni status takav da pacijent ne može ostati miran oko 20 minuta za operaciju. Ako dođe do ovih situacija, može se ponuditi operacija pod općom anestezijom, pod uvjetom da je anestetik prikladan za operaciju. Nekontrolisana hipertenzija također može zabraniti operaciju, koja zahteva vezu sa lekarom opšte prakse radi optimalne kontrole krvnog pritiska (Green, Goodfellow, & Kubie, 2014).

Kao posljedica katarakte, dolazi do smanjenja vizualne komunikacije, pa se povećava rizik od padova u ovoj populaciji (Menezes & Bachion, 2012), jer paralelno dolazi do smanjenja stabilnosti, ravnoteže, percepcije udaljenosti i dubine, te prilagođavanja mraku, što rezultira poteškoćama u prepoznavanju opasnosti (de Carvalho, Luckow, Peres, de Lima Garcias, & Siqueira, 2011). Starije osobe u ovom stanju, koje se bore da ostanu stabilne suočavajući se sa složenim okruženjima i zadacima, imaju dvostruko više šansi da padnu (Luiz, Rebelatto, Coimbra, & Ricci, 2009).

Konačan lijek za kataraktu je operacija, koja se može koristiti kada oštećenje vida ometa svakodnevne aktivnosti osobe. Prirodno sočivo se uklanja i zamjenjuje novim, umjetnim sočivom tokom operacije katarakte.

2. Postoperativna njega

Postoperativna njega se odnosi na njegu koju pacijent prima nakon hirurške procedure. Postoperativna njega počinje odmah nakon operacije, za vrijeme boravka u bolnici, a može se nastaviti i nakon otpusta iz bolnice.

Neadekvatno postoperativno znanje sestara može dovesti do ozbiljnih komplikacija za pacijenta sa operacijom katarakte (Oleš & Oleš, 2012). Potencijalne komplikacije koje se mogu pojaviti kod operacije katarakte uključuju infekciju oka (endoftalmitis), otok i tekućinu u središtu nervnog sloja (kristaloidni makularni edem), edem rožnjače, krvarenje u prednjem dijelu oka, rupturu kapsule i gubitak tekućine i odvajanje mrežnice (Taha, 2021).

Briga o sebi je praksa da se redovno vodi računa o svojim specifičnim fiziološkim i emocionalnim potrebama, kao što je određivanje dnevne rutine, odnosa i okoline prema potrebi za promoviranje brige o sebi. Nedostatak samopomoći se posmatra kao smanjena sposobnost obavljanja ili kompletiranja kupanja, oblačenja/njege, njege toaleta, njege u vezi s hranjenjem, njege kose i njege noktiju. Smjernice za brigu o sebi osmišljene su da poboljšaju sposobnost samopomoći i uključuju planiranje dnevnih aktivnosti (Cook-Cottone, 2015).

Medicinske sestre su važne u svakom aspektu operacije katarakte. Izazovi su izbjegavanje ili ometanje pojavljivanja problema i pravovremeno rješavanje svih koji se pojave. Stoga, zahtjevi pacijenata moraju biti identificirani, usavršeni i isporučeni odgovarajućim medicinskim

intervencijama. Obrazovni protokol za medicinske sestre bi tako pomogao medicinskim sestrama na oftalmološkim odjelima (Naeem, i drugi, 2012).

Protokol sestrinske intervencije mogao bi promovirati znanje i praksu medicinskih sestara, što se odražava na njegu pacijenata i poboljšava aktivnosti samozbrinjavanja pacijenata koje dovode do niže stope postoperativnih komplikacija. Takođe, povećava efikasnost i dostupnost nege za pacijenta sa kataraktom (Taha, 2021).

3. Uloga negovatelja u zbrinjavanju starih pacijenata

S obzirom na to da katarakta može dovesti do različitog stepena gubitka vida, u zavisnosti od toga koliko je stanje uznapredovalo, negovatelji bi trebali podržavati starije osobe koje su voljene u svakodnevnim aktivnostima. Oštećenje vida koje dolazi sa kataraktom može otežati obavljanje uobičajenih kućnih obaveza.

Porodični ili profesionalni negovatelji trebaju pomoći starijem u kućnim poslovima kako bi održali higijenski i uredan kućni ambijent.

Seniori već imaju visok rizik od padova i naknadnih povreda. Gubitak vida zbog katarakte može povećati opasnost od pada. Negovateljima se savjetuje da nadgledaju dom zbog opasnosti od pada i čiste nered duž staza.

Starija osoba sa uznapredovalom kataraktom neće moći bezbedno da upravlja vozilom. Kada stariji treba da obavlja poslove ili prisustvuje društvenim okupljanjima, negovatelji mogu pomoći pružanjem prevoza. Prijatelji, porodica i profesionalni staratelji su sigurnije opcije za kretanje gradom.

4. Uloga medicinske sestre

Zbrinjavanje pacijenata sa kataraktom uključuje sveobuhvatan pristup kako bi se osigurala efikasna edukacija, prevencija i njega. Početni korak je procjena pacijentove oštine vida kako bi se odredio stepen oštećenja i pratio napredak tokom vremena. Edukacija pacijenata o katarakti i njihovim mogućnostima liječenja je ključna za poboljšanje razumijevanja i usklađenosti. Medicinske sestre bi također trebale naglasiti važnost zdrave prehrane, koja podržava cjelokupno zdravlje očiju, i osigurati da pacijenti razumiju kritičnu potrebu pridržavanja propisanih lijekova kako bi se optimizirali ishodi liječenja. Pacijente treba savjetovati da odmah potraže medicinsku pomoć ako dožive iznenadnu nemogućnost vida ili značajno pogoršanje vida. Pravovremeno djelovanje može spriječiti dalje komplikacije i olakšati pravovremene intervencije (Ahmad Essa, i drugi, 2024).

4.1. Identifikacija i praćenje ishoda

Primarni cilj liječenja katarakte je vraćanje vida, čime se poboljšava kvalitet života pacijenta i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Kontinuirano praćenje je ključno, fokusirajući se na promjene vidne oštine, prisustvo crvenila oka ili pojavu bola u oku. Ovi pokazatelji mogu značiti komplikacije koje zahtijevaju dalju evaluaciju i intervenciju. Koordinacija njege igra vitalnu ulogu u liječenju katarakte. Kad god pacijent ima simptome oštećenja vida na klinici ili u hitnoj pomoći, pružalac primarne zdravstvene zaštite treba ga odmah uputiti oftalmologu. Izbor tretmana – u rasponu od ambulantnog liječenja s refraktivnim naočalama i proširenjem zjenica do hirurške intervencije – ovisi o težini bolesti, oštećenju vida i dobi

pacijenta. Za blage slučajeve, nekirurški tretmani mogu biti dovoljni, dok teži slučajevi često zahtijevaju kiruršku ekstrakciju katarakte, koja se obično izvodi kao izborna dnevna procedura. Katarakta u ranom stadijumu obično dobro reaguje na refraktivne naočare. Međutim, ako ovaj pristup ne uspije, potrebno je kirurško uklanjanje katarakte implantacijom intraokularnog sočiva. Dokazi ne podržavaju rutinsku upotrebu sistemskih ili lokalnih steroida u liječenju katarakte, jer oni ne doprinose komplikacijama ili recidivima. Većina pacijenata primajući pravovremeni tretman postiže odlične rezultate, dok kašnjenja ili uznapredovala bolest mogu dovesti do neoptimalnog oporavka (Ahmad Essa, i drugi, 2024).

4.2. Upravljanje rizikom i planiranje otpuštanja

Kako bi ublažile rizike, medicinske sestre bi odmah trebale uputiti pacijente s ozljedama oka kod oftalmologa, procijeniti oštrinu vida tokom svih konsultacija u vezi sa vidom i pažljivo dokumentirati sve nalaze i intervencije. Pacijenti bi trebali dobiti jasne upute za njegu nakon otpusta, uključujući nošenje sunčanih naočara na otvorenom radi zaštite od ultraljubičastih zraka, korištenje zaštitnih naočara tokom aktivnosti koje uključuju opasne tekućine ili sport, pridržavanje propisanih lijekova i zakazivanje redovnih pregleda očiju. Učinkovito liječenje katarakte zahtijeva zajednički napor zdravstvenih radnika, uključujući pružaoce primarne zdravstvene zaštite, oftalmologe, oftalmološke hirurge, medicinske sestre i farmaceute. Ovaj interdisciplinarni pristup osigurava pravovremenu dijagnozu, liječenje i edukaciju pacijenata. Preventivne strategije, kao što je dosljedna upotreba sunčanih i zaštitnih naočara, treba naglasiti, posebno za pacijente kojima su propisani kortikosteroidni lijekovi, jer oni mogu povećati rizik od nastanka katarakte. Redovni očni pregledi su ključni za praćenje i prevenciju progresije bolesti, osiguravajući optimalne ishode za pacijente. Integracijom ovih mjera, sestrinski i interdisciplinarni timovi mogu postići sveobuhvatnu njegu koja se odnosi na trenutne i dugoročne potrebe pacijenata sa kataraktom (Ahmad Essa, i drugi, 2024).

5. Zaključak

Katarakta je glavni uzrok oštećenja vida, posebno kod starijih osoba, što dovodi do značajnih utjecaja na kvalitetu života. Patofiziologija nastanka katarakte je složena, pri čemu oksidativni stres igra centralnu ulogu u zamućenju sočiva. Kako istraživanja nastavljaju otkrivati molekularne mehanizme koji su u osnovi kataraktogeneze, ona naglašava potencijal za antioksidativne terapije i druge molekularne intervencije kao buduće mogućnosti liječenja. Trenutne dijagnostičke metode, kao što su pregledi pomoću prorezane lampe i napredno snimanje, omogućavaju rano otkrivanje katarakte, što dovodi do pravovremenijih intervencija. Ovaj napredak, zajedno sa poboljšanjima u hirurškim tehnikama kao što je operacija katarakte uz pomoć femtosekundnog lasera i razvoj naprednih intraokularnih sočiva (IOL), značajno su poboljšali efikasnost i sigurnost operacije katarakte. Pojava minimalno invazivnih tehnika i poboljšanih IOL-a dovela je do boljih vizualnih rezultata i bržeg vremena oporavka, što je u konačnici poboljšalo kvalitetu života pacijenata.

Sestrinske intervencije igraju vitalnu ulogu u upravljanju ne samo fizičkim simptomima katarakte, kao što su smetnje vida i nelagode, već i emocionalne smetnje koje pacijenti mogu doživjeti zbog smanjenog vida. Medicinske sestre pružaju osnovno obrazovanje o bolesti, mogućnostima liječenja i postoperativnoj njezi, pomažući u ublažavanju anksioznosti i olakšavanju donošenja odluka. Učinkovita komunikacija, psihološka podrška i sposobnost rješavanja fizičkih simptoma kao što su naprezanje očiju i blještavilo su ključne komponente medicinske sestre kod pacijenata s kataraktom. Štaviše, strategije sveobuhvatne njege koje uključuju ranu dijagnozu, pravovremenu hiruršku intervenciju i postoperativnu podršku su ključne za optimizaciju ishoda pacijenata. Budući pravci u liječenju katarakte mogu se fokusirati na daljnje usavršavanje hirurških tehnika, istraživanje potencijala antioksidansa u sprječavanju progresije katarakte i poboljšanje prakse medicinske sestre kako bi se osigurala holistička njega pacijenata. Sve u svemu, integracija medicinskog napretka i sestrinskih intervencija usmjerenih na pacijenta nastaviti će poboljšavati liječenje i ishode pacijenata s kataraktom.

Literatura

1. Ahmad Essa, F., Jabali, H. A., Numan, F., Alaqsam, A., Tomaihi, L., & Abuhozah, S. (2024). Advancements in Cataract Management: Innovations in Diagnosis, Treatment, and Outcomes-Nursing Interventions. *Egyptian Journal of Chemistry*, 67(13), 1851-1862.
2. Bravo Filho, V., Ventura, R., Brandt, C., Sarteschi, C., & Ventura, M. (2012). Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 75, 161-165.
3. Cook-Cottone, C. (2015). *Mindfulness and yoga for self-regulation: A primer for mental health professionals*. Springer Publishing Company.
4. de Carvalho, M., Luckow, E., Peres, W., de Lima Garcias, G., & Siqueira, F. (2011). O envelhecimento e seus fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 8(2).
5. El-Hindy, N., Johnston, R., Jaycock, P., Eke, T. B., & Sparrow, J. (2009). The Cataract National Dataset Electronic Multi-centre Audit of 55 567 operations: anaesthetic techniques and complications. *Eye*, 23(1), 50-55.
6. Ferraz, E., Lima, C., Cella, W., & Arieta, C. (2002). Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 65, 293-298.
7. Green, C., Goodfellow, J., & Kubie, J. (2014). Eye care in the elderly. *Australian Family Physician*, 43(7), 447-450.
8. Lam, D., Rao, S., Ratra, V. L., Mitchell, P., King, J., & Chang, D. (2015). Cataract. *Nature reviews Disease primers*, 1(1), 1-15.
9. Luiz, L., Rebelatto, J., Coimbra, A., & Ricci, N. (2009). Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13, 444-450.
10. Menezes, R., & Bachion, M. (2012). Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 23-27.
11. Meuleners, L., Fraser, M., Ng, J., & Morlet, N. (2014). The impact of first-and second-eye cataract surgery on injurious falls that require hospitalisation: a whole-population study. *Age and ageing*, 43(3), 341-346.
12. Naeem, M., Khan, A., Khan, M., Adil, M., Abbas, S., Khan, M., & Naz, S. (2012). Cataract: trends in surgical procedures and visual outcomes; a study in a tertiary care hospital. *JPMJ-Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(3), 209.
13. Oleś, M., & Oleś, P. (2012). Quality of life before and after cataract surgery: Research in a sample of polish patients. *Applied Research in Quality of Life*, 7, 93-108.
14. Robertson, S. (2015). *Cataract epidemiology-new medical*. News Medical Life Science.
15. Taha, A. (2021). Effectiveness of Nursing Intervention Protocol on Nurses' Performance and Patients' Self-Care after Cataract Surgery. *Evidence-Based Nursing Research*, 3(2).
16. WHO. (2013). *Prevention of blindness and visual impairment: Priority eye diseases*. World Health Organization.
17. Zetterberg, M., & Celojovic, D. (2015). Gender and cataract—the role of estrogen. *Current eye research*, 40(2), 176-190.

ZDRAVSTVENI PROBLEMI ŽENA KROZ PROCES STARENJA**Sažetak**

Starenje kod žena prati niz fizioloških, hormonalnih i zdravstvenih promjena koje mogu značajno utjecati na njihovo fizičko i mentalno zdravlje. Ključna faza u ovom procesu je menopauza, koja se obično javlja između 45. i 55. godine života. Menopauza donosi smanjenje proizvodnje estrogena i progesterona, što utječe na različite sustave u tijelu. Proces starenja kod žena donosi niz fizioloških, psiholoških i zdravstvenih promjena koje mogu značajno utjecati na kvalitetu života. Ključne promjene povezane su s hormonalnim promjenama, poput menopauze, koja donosi simptome poput valunga, nesanice, promjena raspoloženja i smanjenja koštane gustoće. Osteoporoza je jedan od glavnih zdravstvenih problema starijih žena, povećavajući rizik od prijeloma kostiju. Također, žene su sklonije kardiovaskularnim bolestima nakon menopauze zbog pada estrogena, koji ima zaštitnu ulogu za srce i krvne žile. Dugotrajni problemi sa zglobovima, poput osteoartritisa, često se javljaju kod žena starije životne dobi, kao i urološki problemi, uključujući inkontinenciju i infekcije mokraćnog sustava. Uz to, rizik od mentalnih problema poput depresije i demencije (posebno Alzheimerove bolesti) značajno raste. Pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, kontrola stresa i preventivni zdravstveni pregledi ključni su za očuvanje zdravlja žena u starijoj dobi. Edukacija o važnosti zdravog stila života i pravovremena medicinska skrb mogu značajno doprinijeti smanjenju rizika i poboljšanju kvalitete života.

Starenje povećava rizik od razvoja kroničnih bolesti: *Diabetes mellitus tip 2*: Usporavanje metabolizma i debljanje mogu povećati rizik od inzulinske rezistencije. *Maligni tumori*: Rak dojke, jajnika i maternice češće se dijagnosticiraju kod starijih žena, osobito kod onih s genetskim predispozicijama ili hormonalnim terapijama. *Problemi sa zglobovima*: Osteoartritis, koji je rezultat trošenja hrskavice, jedan je od najčešćih uzroka boli i ograničenja pokretljivosti.

Ključne riječi: Starenje, starost, zdravstveni problemi, menopauza

¹ Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Bihaću

HEALTH ISSUES IN WOMEN THROUGH THE AGING PROCESS

Abstract

Aging in women is accompanied by a range of physiological, hormonal, and health changes that can significantly impact their physical and mental health. A key phase in this process is menopause, which typically occurs between the ages of 45 and 55. Menopause brings a decrease in the production of estrogen and progesterone, affecting various systems in the body. The aging process in women involves a series of physiological, psychological, and health changes that can significantly affect the quality of life. Key changes are related to hormonal shifts, such as menopause, which brings symptoms like hot flashes, insomnia, mood changes, and reduced bone density. Osteoporosis is one of the main health problems for older women, increasing the risk of bone fractures. Additionally, women are more prone to cardiovascular diseases after menopause due to the decline in estrogen, which has a protective role for the heart and blood vessels. Chronic joint issues, such as osteoarthritis, are common in older women, as well as urological problems, including incontinence and urinary tract infections. Furthermore, the risk of mental health issues like depression and dementia (especially Alzheimer's disease) significantly increases. Proper nutrition, regular physical activity, stress management, and preventive health check-ups are crucial for maintaining women's health in older age. Education on the importance of a healthy lifestyle and timely medical care can significantly contribute to reducing risks and improving quality of life. Aging increases the risk of developing chronic diseases:

Type 2 Diabetes: Slowing metabolism and weight gain may increase the risk of insulin resistance. *Malignant Tumors:* Breast, ovarian, and uterine cancer are more frequently diagnosed in older women, especially those with genetic predispositions or on hormone therapies. *Joint Problems:* Osteoarthritis, which is a result of cartilage wear, is one of the most common causes of pain and limited mobility.

Keywords: Aging, old age, health issues, menopause

1. UVOD

Sa medicinskog aspekta, žena se definiše kao osoba ženskog pola, sa specifičnim biološkim i fiziološkim karakteristikama koje uključuju prisustvo dva X hromozoma, reproduktivni sistem koji obuhvata jajnike, matericu, jajovode i vaginu, kao i sposobnost da nosi trudnoću u fazama kao što su menstruacija, ovulacija, fertilitet i trudnoća. Žene u prosjeku žive duže od muškaraca, ali često doživljavaju više godina s hroničnim bolestima ili invaliditetom.

Starenje je prirodan proces koji je rezultat bioloških, genetskih i vanjskih faktora. To je univerzalni ireverzibilni proces koji se događa svima, bez obzira na spol, koji još nije naučno istražen.

Žene takođe imaju specifične hormone, poput estrogena i progesterona, koji igraju ključnu ulogu u regulaciji mnogih telesnih funkcija, uključujući reproduktivne procese, metabolizam i rast. Na početak starenja utječe kombinacija genetike, životnog stila i spoljašnjih faktora poput izloženosti suncu, stresu, ishrani i nivou hidratacije.

Žene često prolaze kroz fizičke promjene povezane sa trudnoćom, porođajem, menstrualnim ciklusima i menopauzom. Često preuzimaju emocionalnu brigu o porodici, djeci i međuljudskim odnosima, što može biti iscrpljujuće. Tradicionalno, društvo očekuje od žena da budu "čuvare emocionalne stabilnosti". Savremeni doprinos muškaraca i žena sve su manje definisane jer oba pola sve više učestvuju u svim sferama života. Žene se sve više uključuju u nauku, tehnologiju i politiku, dok muškarci preuzimaju veće uloge u roditeljstvu i emocionalnoj podršci porodici.

2. POVEZANOST MENOPAUZE SA STARENJEM ŽENA

Menopauza je prirodni biološki proces kod žena koji označava kraj menstrualnog ciklusa kod žena, obično između 45. i 55. godine života. Menopauza nije sama po sebi dugotrajna faza, već označava tačku u vremenu. Povezana je s nizom hormonalnih, fizičkih i psiholoških promjena koje mogu pridonijeti ubrzanju nekih aspekata starenja. Žene se često suočavaju s promjenama u identitetu nakon menopauze i s "praznim gnijezdom" kada djeca napuste dom. *Postmenopauza*: Period nakon menopauze traje do kraja života žene.

2.1. Poveznica menopauze i ubrzanog starenja

1. Hormonalne promjene. *Pad razine estrogena*: Menopauza je povezana s naglim smanjenjem razine estrogena, hormona koji ima ključnu ulogu u očuvanju zdravlja kože, kostiju, srca i krvnih žila. Pad estrogena može ubrzati procese koji se povezuju s fizičkim starenjem. *Povećana oksidativna oštećenja*: Estrogen djeluje kao antioksidans, a njegov nedostatak može povećati oksidativni stres i oštećenje stanica, smanjenje dušikovog oksida koji čuva endotel krvnih žila, održava *povoljan odnos prostaciklina i tromboksana*): *PGI₂*, vazodilatator i inhibicija agregacije *Tr, a TXA₂*-najsnažniji vazokonstriktor.

Kronični stres povezan s menopauzom može povećati razinu kortizola, što dovodi do kataboličkih promjena, uključujući razgradnju mišića i gubitak kolagena.

Menopauza je povezana s povećanjem upalnih markera poput interleukina-6 (IL-6), C-reaktivnog proteina (CRP) i faktora nekroze tumora alfa (TNF- α). Ovo stanje ubrzava degenerativne promjene u tijelu.

2. Promjene na koži. *Gubitak kolagena*: Razine kolagena, ključnog proteina za elastičnost i čvrstoću kože, značajno se smanjuju nakon menopauze. To dovodi do opuštanja kože, bora i

suhoće. Tanja koža: Estrogen održava hidrataciju kože i njenu debljinu. S padom estrogena, koža postaje tanja i osjetljivija.

3. Gubitak koštane mase. Osteoporoza: Estrogen pomaže u održavanju gustoće kostiju. Nakon menopauze, žene gube koštanu masu brže, što povećava rizik od prijeloma i drugih problema povezanih sa starenjem. Dolazi do mikrofraktura povećava rizik od prijeloma, posebno kuka, kralježnice i zapešća.

4. Kardiovaskularno zdravlje. Povećan rizik od srčanih bolesti: Estrogen ima zaštitnu ulogu za krvne žile. Njegov pad nakon menopauze može dovesti do povećanog rizika od ateroskleroze, visokog krvnog tlaka i srčanog udara. Povećanje LDL kolesterola: Smanjenje estrogena pridonosi povećanju lošeg kolesterola (LDL) i smanjenju dobrog (HDL), što ubrzava aterosklerotske promjene.

5. Metaboličke promjene. Dobivanje na težini: Promjene u metabolizmu često dovode do povećanja visceralnog masnog tkiva, posebno u području trbuha, što je povezano s metaboličkim sindromom, intolerancija inzulina, DM tip 2. - što može ubrzati metaboličko starenje.

6. Kognitivne promjene. Poteškoće s pamćenjem i koncentracijom: Istraživanja sugeriraju da estrogen ima zaštitnu ulogu u zdravlju mozga, a njegov pad može povećati rizik od neurodegenerativnih bolesti poput Alzheimerove bolesti. *Utjecaj na mozak:* Estrogen ima neuroprotektivnu ulogu, povećava sintezu neurotransmitera poput serotonina i dopamina te poboljšava funkciju sinapsi. Njegov pad može povećati rizik od kognitivnog propadanja i demencije (npr. Alzheimerove bolesti). *"Mentalna magla":* Žene u menopauzi često prijavljuju smanjenu koncentraciju, poteškoće s pamćenjem i "usporen" um.

7. Psihološki učinci. *Depresija i anksioznost:* Hormonalne promjene utječu na raspoloženje i emocionalno zdravlje, što može dodatno pridonijeti osjećaju starenja. *Promjene u spavanju:* Problemi sa spavanjem, poput nesanice, često su povezani s menopauzom, pad melatonina, a nedostatak sna ubrzava proces starenja.

8. Brža biološka starost. Istraživanja sugeriraju da menopauza može ubrzati biološko starenje organizma, mjereno markerima poput skraćanja telomera (krajevi kromosoma povezani sa starenjem).

9. Smanjena mišićna masa i snaga (sarkopenija). Katabolički učinci: Hormonalne promjene dovode do gubitka mišićne mase i snage, što utječe na fizičku funkcionalnost i mobilnost.

2.2. Utjecaj faktora na brzinu starenja

Brzina starenja nakon menopauze može se razlikovati među ženama ovisno o genetskim, životnim i zdravstvenim faktorima.

Žene s ranim ili prijevremenim početkom menopauze, prijevremena menopauza (prije 40. godine) i rana menopauza (prije 45. godine) povezuju se s duljim razdobljem bez zaštitnog učinka estrogena, što povećava rizik od ubrzanog starenja. To može uključivati veću sklonost osteoporozi, srčanim bolestima i kognitivnim poteškoćama.

Genetska predispozicija igra važnu ulogu. Ako su majka ili sestre imale ranu menopauzu ili ubrzano starenje, veće su šanse da će i žena imati slične probleme.

2.2.1. Faktori koji utječu na brzinu starenja

Žene s kroničnim bolestima

- Autoimune bolesti: Stanja poput reumatoidnog artritisa ili lupus erithematosusa mogu ubrzati starenje zbog kronične upale.
- Dijabetes: Inzulinska rezistencija i visoka razina šećera u krvi oštećuju stanice i tkiva.
- Bolesti štitnjače: Poremećaji štitnjače mogu pogoršati simptome menopauze i ubrzati fizičke promjene povezane sa starenjem.

Žene s nezdravim načinom života

- Pušenje: Pušenje je povezano s ranijim početkom menopauze, većim gubitkom koštane mase i ubrzanim starenjem kože.
- Prekomjerna konzumacija alkohola: Alkohol doprinosi oksidativnom stresu i može ubrzati starenje.
- Loša prehrana: Prehrana siromašna nutrijentima, a bogata šećerima i zasićenim mastima, povećava rizik od metaboličkog sindroma i srčanih bolesti.
- Nedostatak fizičke aktivnosti: Sjedilački način života doprinosi gubitku mišićne mase, koštane gustoće i metaboličkom propadanju.
- Žene pod kroničnim stresom, visoka razina kortizola (hormona stresa) može ubrzati gubitak kolagena, povećati upalu i i umanjiti kardiovaskularno zdravlje i povećati rizik od depresije i anksioznosti.
- Žene s niskim socioekonomskim statusom, ograničen pristup zdravstvenoj skrbi, nepravilna prehrana i povećani stres često su povezani s bržim starenjem.
- Žene izložene ekološkim toksinima, zagađenje zraka, kemikalije u hrani, kozmetici ili industriji mogu ubrzati oksidativni stres i starenje organizma.

Najugroženije žene su one koje imaju kombinaciju genetskih, zdravstvenih i životnih faktora koji negativno utječu na fizičko i biološko starenje.

2.2. Pomoć na ublaživanju simptoma menopauze i usporovanje aspekta starenja

Usporavanje procesa starenja i održavanje vitalnosti u biološki starijoj dobi kod žena zahtijeva holistički pristup koji uključuje zdrav način života, odgovarajuću medicinsku skrb/njegu i mentalnu dobrobit i to:

1. Hormonska nadomjesna terapija (HNT)

2. **Zdrava prehrana i tjelovježba:** Prehrana bogata antioksidansima, vitaminima i mineralima te redovita fizička aktivnost mogu usporiti proces starenja. *Mediterranska prehrana:* Bogata voćem, povrćem, cjelovitim žitaricama, maslinovim uljem, ribom i orašastim plodovima. Ova prehrana smanjuje rizik od kardiovaskularnih bolesti i upalnih procesa.
3. **Dodaci prehrani:** Vitamin D, kalcij i omega-3 masne kiseline mogu podržati zdravlje kostiju, srca i mozga. *Prirodne alternative:* Biljni suplementi poput fitoestrogena (iz soje ili crvene djeteline) mogu ublažiti simptome kod nekih žena.
4. **Izbjegavanje prerađene hrane:** Smanjite unos šećera, soli i trans-masti koji ubrzavaju upalne procese i starenje.
5. **Tjelesna aktivnost.** *Aerobna aktivnost:* Hodanje, plivanje ili biciklizam pomažu u očuvanju srčanog zdravlja. *Trening snage:* Pomaže u očuvanju mišićne mase,

sprječavanju sarkopenije i jačanju kostiju. *Fleksibilnost i ravnoteža*: Joga, vježbanje na lopti, smanjuju rizik od padova i poboljšavaju koordinaciju. 150 minuta umjerene aktivnosti sedmično, dnevno pola asta ubrzanog hoda

6. **Mentalno zdravlje i emocionalna dobrobit.** *Upravljanje stresom*: Tehnike poput meditacije, dubokog disanja ili vođene relaksacije mogu smanjiti razinu kortizola i njegov štetni učinak na tijelo. *Kognitivne aktivnosti*: Održavajte mozak aktivnim kroz čitanje, učenje novih vještina ili društvene igre. Izgraditi pozitivan stav prema starenju. Starenje se češće povezuje s gubitkom fizičke privlačnosti, što može utjecati na samopouzdanje. Društveni standardi za "mladolikost" posebno su snažni za žene.
7. **Podrška i povezanost**: Održavanje kvalitetnih odnosa i socijalne uključenosti ključno je za emocionalno zdravlje (socijalna integracija).
8. **Održavanje zdrave tjelesne težine.** Prekomjerna težina, osobito nakupljanje visceralne masti, povećava rizik od metaboličkih bolesti i ubrza starenje.
9. **Redoviti liječnički pregledi i preventiva.** *Pregledi kostiju*: Denzitometrija za procjenu rizika od osteoporoze. *Kardiovaskularni pregledi*: Redovito praćenje krvnog tlaka, kolesterola i glukoze u krvi. *Karcinomi specifični za žene*: Mamografija, PAPA test i pregledi za rak jajnika prema preporukama.
10. **Kvalitetan san.** Spavati 7-9 sati dnevno.

3. ZDRAVSTVENA NJEGA PRILAGOĐENA STARIJIM ŽENAMA

3.1. Pristup preventivnoj medicini

- Redoviti pregledi za osteoporozu, srčane bolesti, dijabetes i rak.
- Programi edukacije o zdravom starenju i upravljanju menopauzalnim simptomima.
- Društveni centri za starije žene: Centri za rekreaciju i obrazovanje trebaju omogućiti ženama da ostanu aktivne, uključe se u društvo i steknu nove vještine.
- Kultura i umjetnost: Programi koji omogućuju starijim ženama sudjelovanje u kreativnim projektima, čime se jača njihov osjećaj vrijednosti i doprinos zajednici.
- Mentalno zdravlje: Osigurati savjetovališta i podršku za žene koje se suočavaju s gubitkom društvenih uloga nakon menopauze ili umirovljenja.

3.2. Obrazovanje i cjeloživotno učenje

- *Edukacija o zdravlju i starenju*: Edukativni programi za žene svih dobi o zdravom starenju, prehrani, vježbanju i mentalnom zdravlju.
- *Tehnološka pismenost*: Osigurati edukacije koje pomažu starijim ženama da ovladaju tehnologijama i ostanu povezane sa zajednicom.
- *Poduzetništvo za starije žene*: Poticanje poduzetništva i pružanje podrške ženama koje žele pokrenuti vlastite projekte u starijoj dobi.

3.3. Poticanje istraživanja i javne politike

- *Istraživanje o zdravlju i starenju žena*: Financiranje istraživanja o utjecaju menopauze, hormonalnih promjena i kroničnih bolesti na starenje.

- *Politike usmjerene na ravnopravnost spolova*: Zakoni koji osiguravaju da žene imaju jednak pristup resursima i pravima tijekom cijelog života.

3.4. Mentalno i emocionalno zdravlje

- *Podrška ženama koje su izgubile partnere ili djecu*: Osigurati psihološku podršku i društvene mreže za suočavanje s gubicima.
- *Oснаživanje žena*: Kampanje koje promiču pozitivnu sliku o starenju i ohrabruju žene da prepoznaju svoju vrijednost u svim životnim fazama.

4. KVANTITETA STARENJA I STAROSTI

Odnosi se na duljinu života, odnosno na broj godina koje osoba doživi. Međutim, dug život ne znači nužno i kvalitetan život, pa je važno uskladiti kvantitetu s kvalitetom. Kvaliteta starenja i starosti odnosi se na subjektivno i objektivno iskustvo života u starijoj dobi. Fokus je na dobrobiti, funkcionalnoj sposobnosti i općem zadovoljstvu životom. Idealno je postići balans između kvalitete i kvantitete života. Dug život nije uvijek poželjan ako nije popraćen dobrim zdravljem, neovisnošću i srećom. Isto tako, kvaliteta života može biti narušena ako je životni vijek značajno skraćen zbog bolesti, siromaštva ili neadekvatne skrbi.

4.1. Ključni faktori kvantitete starenja

- **Genetski faktori**: Naslijedna predispozicija za duži životni vijek.
- **Zdravstvene intervencije**: Prevencija i rano otkrivanje bolesti. Napredak u medicinskim tretmanima i tehnologijama.
- **Životni stil**: Zdrava prehrana, tjelesna aktivnost, izbjegavanje pušenja i umjerena konzumacija alkohola.
- **Ekološki i društveni faktori**: Sigurno okruženje, mir i stabilnost u društvu.
- **Pristup resursima**: Pristup obrazovanju, zdravlju i ekonomskim mogućnostima.

5. PROBLEMI I IZAZOVI

1. **Erozija porodičnih vrednosti**: Tradicionalni koncept proširene porodice se mijenja, a starije osobe sve češće ostaju same ili u domovima za stare.
2. **Nedostatak resursa**: Mnoge zemlje se suočavaju s finansijskim i kadrovskim ograničenjima za pružanje adekvatne podrške starijim osobama.
3. **Diskriminacija i zanemarivanje**: Ageizam je i dalje prisutan, a starije osobe se često smatraju teretom umjesto vrijednim članovima društva.
4. **Izolacija**: Samoća i socijalna izolacija među starijima rastu, naročito u urbanim sredinama.

6. PRIJEDLOZI ZA UNAPREĐENJE

1. **Jačanje porodičnih vrednosti**: Potrebno je podsticati mlađe generacije na poštovanje i brigu o starijima, kroz obrazovne programe i kampanje.
2. **Unapređenje gerijatrijske infrastrukture**: Investicije u specijalizovane ustanove, kao i povećanje dostupnosti kućne njege, mogu značajno poboljšati kvalitet života starijih osoba.
3. **Digitalna inkluzija**: Edukacija starijih osoba o korišćenju tehnologije može smanjiti osjećaj izolovanosti i omogućiti im veći kontakt sa porodicom i prijateljima.

4. Zakonodavna podrška: Potrebno je usvojiti i primjeniti zakone koji štite prava starijih osoba i obezbeđuju njihovu socijalnu sigurnost. Žena ima ključnu ulogu u društvu, zajednici, poslu i porodici, a njen značaj proizlazi iz mnogostrukih uloga koje obavlja, kao i iz njenog doprinosa na različitim nivoima života.

5. Preporuke za očuvanje zdravlja:

- **Preventivni pregledi:** Redoviti mamogrami, PAPA testovi, mjerenje gustoće kostiju i kontrola krvnog tlaka ključni su za rano otkrivanje i prevenciju bolesti.

- **Zdrav način života:** Uravnotežena prehrana bogata kalcijem, vitaminom D i antioksidansima pomaže u očuvanju zdravlja kostiju i srca. Redovita tjelesna aktivnost, poput hodanja, plivanja ili joge, smanjuje rizik od osteoporoze, srčanih bolesti i depresije.

- **Psihosocijalna podrška:** Uključivanje u društvene aktivnosti i grupne programe može smanjiti osjećaj usamljenosti i poboljšati kvalitetu života.

7. ZAKLJUČAK

1. Generalno, žene imaju tendenciju da stare brže u biološkom smislu od muškaraca, barem u prvobitnim godinama života. Međutim, ovo zavisi od različitih faktora, uključujući genetiku, stil života i spolne hormone. Na primjer, žene u proseku ulaze u menopauzu oko 50. godine, što može uzrokovati brže starenje zbog hormonskih promena, dok muškarci zadrže stabilniji nivo testosterona tokom života.

2. S druge strane, statistički, žene imaju duži životni vek, pa se čini da "stare" duže u kontekstu postojanja života, iako mogu imati veći broj problema sa zdravljem u kasnijim godinama zbog fizioloških promjena.

3. Starenje ne može jednostavno generalizovati, žene i muškarci doživljavaju različite biološke procese starenja.

4. Patofiziološke promjene povezane s menopauzom utječu na cijelo tijelo, uključujući kožu, kosti, srce, mozak i metabolizam.

5. Promjena životnih navika, rana dijagnostika i odgovarajuće liječenje mogu značajno smanjiti rizike i poboljšati kvalitetu života-aktivno starenje.

6. Održavanje vitalnosti u starijoj dobi zahtijeva integraciju tjelesnog, emocionalnog i duhovnog zdravlja. Redovito ulaganje u zdrav način života i praćenje zdravstvenog stanja mogu značajno usporiti starenje i poboljšati kvalitetu života.

7. Briga društva za kvalitetnije starenje žena s obzirom na majčinstvo, reprodukciju i njihov značajan doprinos zajednici trebala bi uključivati niz mjera koje prepoznaju i podržavaju specifične potrebe žena u starijoj dobi. Ove mjere trebaju uzeti u obzir zdravstvene, društvene i ekonomske aspekte te priznati ključnu ulogu žena u obitelji i zajednici.

8. Društvo treba prepoznati specifične potrebe starijih žena i njihovu vrijednost kao stupova obitelji i zajednice. Integrirane politike i programi koji podržavaju njihovo zdravlje, obrazovanje, ekonomsku sigurnost i socijalnu uključenost ključno su rješenje za omogućavanje kvalitetnijeg i dostojanstvenijeg starenja.

9. Najvažnije je postići ravnotežu koja osigurava ne samo dug, već i ispunjen, zdrav i dostojanstven život. Društveni naponi trebaju se usmjeriti na promicanje zdravog starenja kako bi se oba aspekta maksimizirala.

10. Briga o starijima je ogledalo razvijenosti i humanosti društva. Potrebna je kombinacija individualne odgovornosti, porodične podrške i institucionalnih rešenja kako bi se starijim osobama osigurao dostojanstven i kvalitetan život.

Literatura

1. De Villiers, T. J., & Goldstein, S. R. (2022). Bone health 2022: an update. *Climacteric*, 25(1), 1-3.
2. de Villiers, T. J. (2024). Bone health and menopause: osteoporosis prevention and treatment. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101782.
3. Yong, E. L., & Logan, S. (2021). Menopausal osteoporosis: screening, prevention and treatment. *Singapore medical journal*, 62(4), 159.
4. Price, M. (2022). Geriatric Psychiatry. In *Malpractice and Liability in Psychiatry* (pp. 207-216). Cham: Springer International Publishing.
5. Hu, F. B. (2003). Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *Journal of women's health*, 12(2), 163-172.
6. Heymsfield, S. B., Gallagher, D., Poehlman, E. T., Wolper, C., Nonas, K., Nelson, D., & Wang, Z. M. (1994). Menopausal changes in body composition and energy expenditure. *Experimental Gerontology*, 29(3-4), 377-389.
7. Finch, C. E. (2014). The menopause and aging, a comparative perspective. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*, 142, 132-141.
8. Lobo, R. A. (2019). Menopause and aging. In *Yen and Jaffe's reproductive endocrinology* (pp. 322-356). Elsevier.
9. Dobson, A. J., Xu, Z., Wilson, L. F., Chung, H. F., Sandin, S., Van der Schouw, Y. T., ... & Mishra, G. D. (2024). Menopause age and type and dementia risk: a pooled analysis of 233 802 women. *Age and Ageing*, 53(11), afac254.
10. Daredia, S., Khodasevich, D., Gladish, N., Shen, H., Nwanaji-Enwerem, J. C., Bozack, A. K., ... & Cardenas, A. (2024). Timing of Menarche and Menopause and Epigenetic Aging among US Adults: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. *medRxiv*, 2024-12.

BRIGA O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU: IZAZOVI I MOGUĆNOSTI

Sažetak

Demografske promjene i produženje životnog vijeka donose nove izazove u zbrinjavanju starijih osoba, čineći ih jednom od najvažnijih populacionih grupa u savremenom društvu. Starija lica predstavljaju značajan društveni resurs, ali se istovremeno suočavaju sa marginalizacijom, smanjenom participacijom u društvenim tokovima i sistemskim barijerama u pristupu uslugama socijalne i zdravstvene zaštite.

Ovaj rad analizira ključne aspekte brige o starijim licima kroz socijalni, ekonomski, pravni, zdravstveni i tehnološki okvir. Fokus je na konceptima aktivnog i dostojanstvenog starenja, neophodnosti intersektorske saradnje, te implementaciji politika koje omogućavaju produženo učešće starijih osoba u društvenom životu. Poseban naglasak je na savremenim pristupima kao što su cjeloživotno učenje, prilagođavanje radnog okruženja starijim osobama, digitalna inkluzija, pravna zaštita i poboljšanje dostupnosti zdravstvene zaštite.

Na globalnom nivou, međunarodni dokumenti poput Madridskog međunarodnog plana akcije o starenju (MIPAA) i Evropske socijalne povelje postavljaju temelj za razvoj inkluzivnih politika. Međutim, izazovi ostaju u njihovoj implementaciji i prilagođavanju specifičnim ekonomskim i društvenim kontekstima.

Ključne riječi: aktivno starenje, socijalna inkluzija, zdravstvena zaštita, gerontološke politike, digitalna pismenost, međugeneracijska saradnja.

CARE OF THE ELDERLY IN MODERN SOCIETY: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Abstract

Demographic changes and the extension of life expectancy bring new challenges in caring for the elderly, making them one of the most important population groups in modern society. The elderly represent a significant social resource, but at the same time they face marginalization, reduced participation in social flows and systemic barriers in accessing social and health care services. This paper analyzes the key aspects of elderly care through a social, economic, legal, health and technological framework. The focus is on the concepts of active and dignified aging, the necessity of intersectoral cooperation, and the implementation of policies that enable extended participation of older people in social life. Special emphasis is placed on modern approaches such as lifelong learning, adaptation of the work environment for older people, digital inclusion, legal protection and improving the availability of health care.

At the global level, international documents such as the Madrid International Plan of Action on Aging (MIPAA) and the European Social Charter lay the foundation for the development of inclusive policies. However, challenges remain in their implementation and adaptation to specific economic and social contexts.

Key words: active aging, social inclusion, health care, gerontological policies, digital literacy, intergenerational cooperation.

Uvod

Postoje različiti načini definiranja starijih ljudi, dok je javna percepcija o tome što znači biti star može se uvelike razlikovati. Statistike o starenju općenito kategoriziraju starije osobe kao osobe iznad određene dobi. Doista, Ujedinjeni narodi (UN) definiraju starije osobe kao one u dobi od 60 godina. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) navodi da stariji ljudi u ekonomski razvijenim zemljama se obično definiraju kao oni u dobi od 65 godina ili više.¹ Starija lica predstavljaju jednu od najvrednijih, ali i najosjetljivijih grupa u društvu. Oni su nosioci iskustva, mudrosti i tradicije, ali su često suočeni sa izazovima koji ograničavaju njihovo ravnopravno učešće u društvenim tokovima.

Starija dob često se konceptualizira kao faza života u kojoj se budućnost smatra manje relevantnom od prošlosti. To se odražava i u literaturi koja naglašava važnost prošlosti u kasnijem životu, ali zanemaruje značaj budućnosti. Posljednjih godina budućnost sve više zanima naučnike koji se bave socijalnim pitanjima. Način na koji ljudi projiciraju ili zamišljaju svoju budućnost može rasvijetliti postupke pojedinaca u sadašnjosti i šire nam pomoći da shvatimo kako pojedinci vide svoju starost.²

Činjenica je da svake godine imamo sve stariju populaciju i da nailazimo na neke nove izazove o kojima treba voditi računa. Potrebno je ključno sagledati ovu problematiku kroz više aspekata: socijalni, finansijski, pravni, tehničko-tehnološki, zdravstveni i emocionalni. Samo tako možemo stvoriti društvo koje ne samo da brine o starijima, već ih i integriše, poštuju kao članove društva.

1. Ravnopravno učešće starijih lica u društvenim tokovima

Jedan od najvećih izazova savremenog društva je omogućiti starijim licima da ravnopravno učestvuju u svim važnim društvenim aktivnostima. Često se dešava da stariji ljudi budu marginalizirani zbog predrasuda o njihovoj nesposobnosti da prate brze promjene ili zbog ograničenja koja donosi starost. Međutim, starije osobe imaju ogroman potencijal da doprinesu društvu, ali je potrebno stvoriti uslove za njihovo aktivno uključivanje.

Studiju koju je radio John W Rowe i saradnici pokazuje da, unatoč značajnim stručnim postignuća, biti proaktivan u razvoju svoje karijere i prihvatanje neoliberalnih načela aktivnih životnih stilova i "uspješnih starenja", pojedinci su još uvijek isključeni iz tržištu rada zbog svoje dobi. Ipak, ovo isključenje nije zbog starosne dobi u konvencionalnom smislu pogrešne predrasude o nedostatku vitalnosti i proaktivnosti starijih ljudi u pogledu razvoja njihovih vještina. Umjesto toga, isključeni su jer se smatra da su previše zainteresirani za profesionalni razvoj, nedostaje im naivan mentalitet "samo radi bez pitanja" kao mlađi zaposlenici i jer se njihov profesionalizam i iskustvo ističu kao potencijalna prijetnja menadžerskom hijerarhu.³

Možda nije iznenađujuće da je aktivno starenje postalo široko rasprostranjeno kao politički koncept diljem Europe od početka novog vijeka. Smatra se da dovodi do pozitivnih ishoda kao što su povećanje zaposlenosti, produktivnosti, zdravlja i drugog blagostanja u starijoj dobi. Međutim, prema Fosteru, postoje dva različita pristupa aktivnom starenju: uski ekonomski i produktivnistički pristup usmjeren na sudjelovanje na tržištu rada, koji zagovaraju OECD (Evropska komisija za demografiju) i EU, te sveobuhvatniji i višedimenzionalni pristup koji zagovara WHO (2002.).⁴ Konkretno, prvi je iznio potrebu za smanjenjem prijevremenog umirovljenja i produljenjem radnog vijeka zaposlenika u prvi plan kao glavne ciljeve na dnevnom redu socijalne politike⁵. Dok širi fokus također ima jasne ekonomske implikacije, uključujući za javnu blagajnu u smislu troškova zdravstvene zaštite, može biti sveobuhvatniji uzimajući u obzir kvalitetu života i kontinuirani potencijal za produktivnost i doprinose starijih osoba nakon dobi za umirovljenje u smislu društvenih, građanskih, kulturnih i drugih ishoda

relevantnih za naša društva. Jedan od koncepata politike koji se najčešće povezuje s aktivnim starenjem je cjeloživotno učenje, za koje se može vidjeti da je izvorno razvijeno kako bi se nosilo s rastućom stopom promjena na radnom mjestu i u društvu općenito⁶. Doista, prihvatile su ga vlade i edukatori kao koncept koji omogućuje fleksibilnije oblike učenja tokom cijelog života. Kontinuirano učenje, bilo putem formalnih ili neformalnih sredstava, ili neformalno, putem različitih sredstava koja potiču kontinuiranu praksu kognicije, kontinuiranu društvenu interakciju i kontinuiranu tjelesnu aktivnost, a sve to može uključivati važnu komponentu učenja, sastavni je dio aktivnog starenja.⁷

Prvi korak ka tome je edukacija društva o vrijednosti starijih lica. Kroz kampanje i medijsku zastupljenost, potrebno je promovisati sliku starijih kao aktivnih i vrijednih članova zajednice. Drugo, starijima treba omogućiti pristup obrazovnim programima koji će im pomoći da se prilagode savremenim tehnologijama i društvenim promjenama. Na primjer, kursevi za korišćenje pametnih telefona, društvenih mreža i drugih digitalnih alata mogu značajno smanjiti jaz između generacija. Takođe, važno je stvoriti prostor za starije ljude u radnoj snazi, kroz fleksibilne radne modele ili volonterske programe. Mnogi stariji ljudi imaju ogromno znanje i iskustvo koje mogu prenijeti mlađim generacijama, ali im često nedostaje prilika da to učine. Kroz mentorstvo, savjetodavne uloge ili učešće u donošenju odluka, stariji ljudi mogu ponovo postati važan dio društvenih tokova.

2. Pravna zaštita starijih lica

Na Drugoj svjetskoj skupštini o starenju u Madridu 2002. godine pod okriljem Ujedinjenih nacija usvojen je Madridski međunarodni plan akcije o starenju (MIPAA). Njegov glavni cilj je unaprijeđenje kvaliteta života starijih osoba, obezbjeđivanje socijalne zaštite i zdravstvene njege, kao i borba protiv diskriminacije na osnovu starosti. MIPAA je prvi globalni dokument koji se bavi pitanjem starenja u kontekstu ljudskih prava i održivog razvoja. Njegova primjena je zasnovana na principima participacije starijih osoba u društvu, međugeneracijske solidarnosti i jednakosti. MIPAA nije pravno obavezujući dokument, ali služi kao smjernica za države članice UN koje su dužne da razvijaju politike u skladu sa njegovim principima. Svakih pet godina zemlje podnose izveštaje o napretku u sprovođenju Plana. U mnogim zemljama, kao rezultat MIPAA, poboljšani su programi socijalne zaštite, razvijeni su novi modeli dugotrajne njege i povećana je svijest o pravima starijih osoba.

Tri su ključne oblasti MIPAA:

- Uključivanje starijih osoba u društvo
- Unaprijeđenje zdravlja i dobrobiti starijih osoba
- Obezbeđivanje podrške i omogućavanje povoljnog okruženja za starenje

3. Bolji uslovi za život: Finansijski, socijalni, pravni i zdravstveni aspekti

Evropska socijalna povelja je ključni međunarodni dokument Savjeta Evrope koji garantuje socijalna i ekonomska prava građana evropskih država. Prvobitno je usvojena 1961. godine, a revidirana verzija iz 1996. godine dodatno je ojačala prava pojedinaca u oblastima rada, socijalne zaštite, zdravlja i jednakih mogućnosti. Ova povelja predstavlja dopunu Evropske konvencije o ljudskim pravima, fokusirajući se na ekonomska i socijalna prava građana. Njome se štite prava radnika, osoba sa invaliditetom, starijih osoba, djece i porodica. Revidirana verzija iz 1996 godine proširila je postojeća prava te dodala i prava starijih osoba na zaštitu i dostojanstveno starenje.

Da bi stariji ljudi mogli da žive dostojanstveno, društvo mora obezbjediti adekvatne uslove u svim aspektima života. Finansijska stabilnost je jedan od ključnih faktora. Mnogi stariji ljudi suočeni su sa siromaštvom, posebno oni koji žive samo od penzija. Država i lokalne zajednice treba da osiguraju adekvatne penzije fondove, ali i dodatne oblike podrške, kao što su subvencionisani smještaj, besplatni ili jeftini javni prevoz, i popusti za osnovne potrepsine. Naravno ovo na papiru izgleda jednostavno ali u praksi često bude sasvim drugi slučaj. Međutim dobra praksa kao što su besplatne ulaznice na određena društvena događanja kao što su pozorišne predstave i koncerte koje se primjenjuju u nekim zajednicama se pokazao izvrsnim.

Stariji ljudi često doživljavaju usamljenost, što može dovesti do depresije i drugih psihičkih problema. Aktivnosti poput gore navedenih dovode do prevazilaženja ovih barijera. Kroz organizacije civilnog društva, lokalne zajednice mogu stvoriti programe druženja, kulturne aktivnosti i podrške za starije ljude. Takođe, važno je osnažiti porodične veze i podsticati mlađe generacije da provode više vremena sa starijim članovima porodice.

Pravni aspekti takođe igraju važnu ulogu. Stariji ljudi često suočeni sa diskriminacijom ili zloupotrebama, posebno u domovima za stara lica. Potrebno je osigurati jasne zakone koji će štititi prava starijih lica i omogućiti im pristup pravnoj pomoći.

Tehničko-tehnološki napredak može značajno poboljšati kvalitet života starijih lica. Pametni uređaji, telemedicina i asistivne tehnologije mogu olakšati svakodnevne aktivnosti i omogućiti starijima da ostanu samostalni duže. Međutim, ključno je obezbjediti obuku za korišćenje ovih tehnologija, kako bi se izbjeglo dodatno isključivanje.

Prije par godina jedno udruženje penzionera iz Tuzle je u saradnji sa jednom omladinskom organizacijom organizovalo edukaciju za starija lica o upotrebi pametnih telefona sa posebnim aspektom na društvene mreže. Ovo se pokazalo sjajnim jer su osobe treće dobi mogle se i na taj način povezati sa prijateljima i članovima porodice.

Zdravstvena zaštita je još jedan kritičan aspekt. Stariji ljudi često imaju složenije zdravstvene potrebe, pa je neophodno osigurati pristup kvalitetnoj zdravstvenoj njezi, redovnim pregledima i terapijama. Takođe, važno je promovisati preventivne mere, kao što su vježbanje i zdrava ishrana, kako bi se poboljšalo opšte zdravlje. Ako imamo u vidu da starije osobe su često sklone padovima koji za posljedicu mogu imati frakture onda pristup zdravstvenoj zaštiti treba biti na najvišem nivou.

4. Očuvanje dostojanstva i integrisanost u društvu

Dostojanstvo starijih lica mora biti u centru svih napora da se poboljša njihov položaj u društvu. To podrazumjeva poštovanje njihovih prava, potreba i želja. Stariji ljudi ne smiju biti tretirani kao teret ili pasivni primaoci usluga, već kao punopravni članovi društva.

Jedan od načina za očuvanje dostojanstva je omogućiti starijima da donose odluke o sopstvenom životu. To uključuje pravo na izbor načina života, smještaja i aktivnosti. Takođe, važno je slušati njihove glasove i uključivati ih u donošenje odluka koje ih se tiču, bilo na lokalnom ili nacionalnom nivou.

Integrisanost u društvo može se postići kroz različite aktivnosti koje podstiču međugeneracijsku saradnju. Na primjer kao što sam gore već navela, zajednički projekti u školama, kulturnim ustanovama ili lokalnim zajednicama mogu pomoći da se stariji ljudi osjete korisnim i povezanim sa mlađim generacijama. U tradicionalnim društvima, stariji ljudi su imali ulogu vođa i nosilaca mudrosti. Savremeno društvo je, nažalost, u velikoj mjeri izgubilo ovu perspektivu. Da bismo vratili ovu ulogu starijim licima, potrebno je promijeniti percepciju

starosti. Stariji ljudi nisu samo "bivši" članovi društva, već aktivni učesnici koji imaju mnogo toga da ponude. Kroz mentorstvo, stariji ljudi mogu prenijeti svoje znanje i iskustvo mlađim generacijama. Ovo može biti posebno korisno u poslovnom svjetu, obrazovanju ili lokalnim zajednicama. Takođe, stariji ljudi mogu biti nosioci tradicije i kulturnog naslijeđa, čuvajući vrijednosti koje su se generacijama prenosile.

Zaključak

Analiza ključnih aspekata brige o starijim osobama kroz socijalni, ekonomski, pravni, zdravstveni i tehnološki okvir ukazuje na potrebu za integriranim i intersektorskim pristupom. Aktivno i dostojanstveno starenje moguće je ostvariti samo kroz inkluzivne politike koje podrazumijevaju cjeloživotno učenje, prilagođavanje radnog okruženja, digitalnu inkluziju, pravnu zaštitu i unaprijeđenje dostupnosti zdravstvene njege.

Digitalna transformacija društva donosi mogućnost povećanja participacije starijih osoba, ali istovremeno može produbiti generacijski jaz ukoliko se ne osiguraju adekvatni resursi za njihovu digitalnu inkluziju. Zaključno, multidisciplinarni pristup brizi o starijim osobama mora biti prioritet savremenih društava kako bi se osiguralo njihovo ravnopravno učešće i dostojanstvena starost. U tom kontekstu, akademska zajednica ima važnu ulogu u kreiranju istraživanja i politika koje će doprinijeti boljoj integraciji starijih osoba i razvoju održivih modela socijalne i zdravstvene zaštite.

Literatura

1. European Commission. Statistical Office of the European Union. *Ageing Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU : 2019 Edition*. Publications Office; 2019. Accessed February 19, 2025. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/811048>
2. Wright V, Lovatt M. Thinking about the future in older age. *Journal of Aging Studies*. 2024;71:101282. doi:10.1016/j.jaging.2024.101282
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *GERONB*. 2015;70(4):593-596. doi:10.1093/geronb/gbv025
4. Foster L. Active ageing and pensions in the European Union. *Journal of Comparative Social Welfare*. 2012;28(3):223-234. doi:10.1080/17486831.2012.753022
5. Hasselhorn HM, Leinonen T, Bültmann U, et al. The differentiated roles of health in the transition from work to retirement – conceptual and methodological challenges and avenues for future research. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(4):312-321. doi:10.5271/sjweh.4017
6. Field J. *Lifelong Learning and the New Educational Order*. 2nd, rev. ed ed. Trentham; 2006.
7. Desjardins R, Olsen DS, Midtsundstad T. Active ageing and older learners—Skills, employability and continued learning. *Euro J of Education*. 2019;54(1):1-4. doi:10.1111/ejed.12327

SKRINING PSA KOD STARIJIH MUŠKARACA (IZNAD 65 GODINA) SA OGRANIČENIM ŽIVOTNIM VIJEKOM

Sažetak

Definicija: PSA je glikoprotein sličan serinskoj proteazi sa molekulskom težinom od 33 kD koji sadrži 7% ugljikohidrata i nalazi se gotovo isključivo u epitelnim stanicama prostate (ref. 1). Mala količina prelazi u krv i služi kao biomarker za procjenu zdravlja prostate.

Uloga PSA je da:

- Dijagnostikovanje raka prostate (glavni dijagnostički indikator).
- Praćenje benigne hiperplazije prostate (BPH)
- Prepoznavanje prostatitisa (upale prostate)

Testiranje prostate specifičnog antigena (PSA) kod starijih muškaraca s ograničenim životnim vijekom je kontroveržno pitanje u savremenoj medicini. Glavne medicinske organizacije, kao što su Američko urološko udruženje (AUA) i Radna grupa za preventivne usluge (USPSTF), preporučuju da se PSA testiranje personalizira na osnovu očekivanog životnog vijeka pacijenta i ukupnog zdravlja.

Metode

Izvor podataka i učesnici

Podaci za ovu kohortnu studiju su dobijeni od VA Austin Automation Center, koji sadrži podatke iz različitih izvora koji su svi dostavljeni po fiskalnoj godini (1. oktobar - 30. septembar).¹³ Izvori podataka uključivali su Nacionalnu bazu podataka o njezi pacijenata (sve bolničke i ambulantne zahtjeve unutar VA),¹⁴ Dosije o osnovici naknada (zahtjevi za usluge koje nisu VA za koje je VA platila),¹⁵ i VA Sistem za podršku odlučivanju, Nacionalni skup podataka laboratorijskih rezultata za ekstrakciju podataka 2003 (rezultati odabranih laboratorijskih testova, kao što je PSA, koji je bio dostupan za 104 od 127 VA objekata).¹⁶

Osim toga, koristili smo povezane zahtjeve za Medicare iz VA Information Resource Centra kako bismo obuhvatili usluge koje Medicare pruža našoj kohorti.¹⁷ Rasa/etnička pripadnost, na osnovu onoga što je zabilježeno u administrativnim podacima Medicare-a, procijenjena je u ovoj studiji jer je prethodna literatura pokazala da je manje vjerovatno da će obojeni muškarci biti podvrgnuti PSA skriningu.

Na osnovu ovih izvora podataka, bilo je 1.086.827 muškaraca starijih od 70 godina koji su imali najmanje jednu ambulantnu posjetu u obje fiskalne 2002. i 2003. godine u 104 VA ustanove. Izuzeli smo 172 457 muškaraca (16%) upisanih u Medicare upravljaju skrb za bilo koji dio ovog dvogodišnjeg perioda jer su im nedostajali zahtjevi za Medicare i 36 232 muškarca (3%) koji su umrli prije kraja 2003. jer nisu imali jednak pristup testiranju na PSA. Nadalje, da bismo stvorili grupu muškaraca koji ispunjavaju uslove za skrining, koristili smo zahtjeve VA i Medicare za stacionarne i ambulantne zahtjeve tokom 3-godišnjeg perioda prije

početka 2003. kako bismo isključili 267 676 muškaraca (25%) sa istorijom raka prostate. prostatektomija, terapija deprivacije androgena ili povišen PSA. Također smo koristili tvrdnje da isključimo 12.820 muškaraca (1%) koji su imali simptome (npr. hematuriju, bol u leđima, gubitak težine, opstrukciju mokraće) tokom 3 mjeseca prije nego im je urađen indeks PSA, jer se ovaj PSA više smatrao dijagnostičkim testom. a ne skrining test. Ova analiza se zasniva na konačnoj kohorti od 597 642 muškarca koja ispunjava uslove.

Rezultati

Karakteristike učesnika

Osnovne karakteristike 597.642 starija muškarca u našoj kohorti prikazane su u Tabela 1 prema zdravstvenom stanju. Prosječna starost je bila 77 godina (SD = 4,7 godina). Prosječni Charlsonov rezultat bio je 1,8 (SD = 2,0) sa ocjenama u rasponu od 0 do 22. Trideset posto muškaraca imalo je Charlsonov rezultat 0 (što ukazuje na najbolje zdravlje), a 15% muškaraca imalo je Charlsonov rezultat 4 ili više (što ukazuje na najgore zdravlje). Među muškarcima najlošijeg zdravlja, 68% je imalo dijabetes, a 47% kongestivnu srčanu insuficijenciju. Pored toga, 47% muškaraca lošijeg zdravlja je hospitalizovano 2002. godine u poređenju sa 6% muškaraca boljeg zdravlja.

Stope skrininga na PSA

Pedeset i šest posto starijih muškaraca (333.041 od 597.642) je 2003. godine testirano na PSA; 68% je prvi PSA uradio 2003. godine u VA sistemu, dok je 32% obavljeno u okviru Medicare-a. Starost je bila najjači prediktor PSA skrininga. Procenat muškaraca koji su bili podvrgnuti PSA testu 2003. godine opadao je sa porastom starosti, u rasponu od 64% za muškarce od 70 do 74 godine do 36% za muškarce od 85 godina i više ($P < .001$). Međutim, stope skrininga na PSA u našoj kohorti nisu se smanjile onoliko koliko je procijenjeno 10-godišnje preživljavanje sa povećanjem starosti, tako da je razlika između procenta muškaraca koji su pregledani i procenta muškaraca za koje se očekuje da će preživjeti 10 godina bila veća u starijoj dobi.¹⁸

Nadalje, iako je povećanje Charlsonovog skora sa 0 na 4 povezano s više od 4 puta povećanim rizikom od smrti,¹⁹ pogoršanje zdravlja bilo je povezano samo sa malim padom u stopama skrininga na PSA. Stope PSA kretale su se od 58% za muškarce najboljeg zdravlja do 51% za muškarce najlošijeg zdravlja ($P < .001$). Unutar svake starosne grupe, pogoršanje zdravlja imalo je još manji utjecaj na stope skrininga na PSA. U stvari, među muškarcima starijim od 85 godina, stopa skrininga na PSA za muškarce najboljeg zdravlja bila je 34% naspram 36% za muškarce najlošijeg zdravlja ($P < .001$).

U multivarijantnim analizama, efekat zdravstvenog statusa na skrining PSA ostao je mali čak i nakon prilagođavanja za sve faktore. Štaviše, neklinički faktori, kao što su bračni status i region zemlje, i dalje su bili prediktivniji za skrining PSA nego zdravlje u multivarijantnim analizama. Čak i među muškarcima s najvišim stopama skrininga na PSA, pogoršanje zdravlja je bilo povezano sa samo malim padom njihovih visokih stopa skrininga. Na primjer, među oženjenim bijelim muškarcima starosti od 70 do 74 godine koji žive na jugu, oni najboljeg zdravlja ($n = 19.401$) imali su stopu skrininga na PSA od 71% u poređenju sa 64% za one najlošijeg zdravlja ($n = 8.507$).

Zaključak

Stopa skrininga na prostata-specifični antigen među starijim veteranima s ograničenim životnim vijekom trebala bi biti mnogo niža od trenutne prakse s obzirom na poznatu štetu skrininga. Potrebno je više pažnje na prognozu kada se daju preporuke za skrining PSA za starije muškarce.

Većina smjernica za skrining ne preporučuje skrining na prostata-specifični antigen (PSA) kod starijih muškaraca s ograničenim životnim vijekom jer potencijalne štete skrininga, koje se javljaju odmah, nadmašuju potencijalne koristi, za koje se očekuje da će se pojaviti tek nekoliko godina u budućnosti.¹⁻⁶ Na primjer, Američko udruženje za rak i Američko urološko udruženje preporučuju godišnji skrining na PSA za muškarce s prosječnim rizikom od 50 i više godina ako imaju očekivani životni vijek veći od 10 godina, što se obično definira kao vjerovatnoća veća od 50% preživjeti 10 godina.^{1,2} Američko Ministarstvo za pitanja veterana (VA) i Radna grupa za preventivne usluge SAD-a zaključuju da dokazi nisu dovoljni za preporuku rutinskog skrininga na PSA i malo je vjerovatno da će muškarci s malom vjerovatnošću preživjeti 10 godina imati koristi od skrininga čak i pod povoljnim pretpostavkama.^{3,4} Svi se slažu da trenutno ne postoje uvjerljivi dokazi da PSA skrining smanjuje smrtnost od raka prostate u bilo kojoj dobi ili životnom vijeku, a malo je vjerovatno da će uvjerljivi dokazi o koristi ikada postojati za starije muškarce jer su tekuće randomizirane studije skrininga PSA isključile muškarce starije od 75 godina.⁷ Upravo ovi muškarci, posebno oni lošeg zdravlja, će vjerovatno osjetiti samo negativne efekte skrininga, kao što su dodatne procedure zbog lažno pozitivnih rezultata, psihičkog stresa ili morbiditeta povezanog s liječenjem klinički beznačajnog raka prostate otkrivenog skriningom.^{4,5}

Iako je Medicare počeo pokrivati PSA skrining 2000. godine, malo je informacija dostupno o trenutnim praksama skrininga na PSA kod starijih muškaraca. Nacionalna istraživanja su otkrila da stope skrininga na PSA opadaju kod muškaraca od 80 i više godina nakon što su dostigli vrhunac kod muškaraca u 70-im godinama.^{8,9} Međutim, stope skrininga variraju. Na primjer, prošlogodišnje stope skrininga na PSA među muškarcima starijim od 80 godina kreću se od 26% u Nacionalnoj anketi o zdravstvenom intervjuu iz 2000. do 56% u Sistemu za nadzor faktora rizika ponašanja iz 2001. godine.^{8,9} Samoizvještaji također stalno precjenjuju obim stvarnog skrininga.^{8,10} Nadalje, rezultati anketa su pomiješani u pogledu veza između skrininga na PSA i zdravlja. Loše zdravlje samoprocjenjeno je povezano sa nižim stopama skrininga, dok broj samoprijavljenih hroničnih bolesti ima mali uticaj na stope skrininga na PSA kod starijih muškaraca.^{9,11,12}

Stoga smo sproveli ovu studiju kako bismo odredili stope skrininga na PSA među starijim veteranima stratificiranim u podgrupe na osnovu dobi i validirane mjere zdravstvenog statusa koja snažno predviđa očekivani životni vijek. Ispitali smo podatke o VA i zahtjeve za Medicare za muškarce od 70 godina i više koji su viđeni u 104 od 127 ukupnih VA ustanova širom Sjedinjenih Država kako bismo okarakterisali opseg PSA skrininga među starijim muškarcima, uključujući one s ograničenim životnim vijekom.

Reference

- 1.Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:11-2516449183Google ScholarCrossref
- 2.American Urological Association. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. *Oncology.* 2000;14:277-27810736812Google Scholar
- 3.National VA Center for Health Promotion and Disease Prevention. Proposal for new clinical practice guideline for screening men for prostate cancer September 2004. <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/Publications/USPSTF/Prostate%20Cancer.doc>. Accessed July 28, 2006
- 4.Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137:917-92912458993Google ScholarCrossref
- 5.Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA.* 2001;285:2750-275611386931Google ScholarCrossref
- 6.Welch HG, Albertsen PC, Nease RF. et al. Estimating treatment benefits for the elderly: the effect of competing risks. *Ann Intern Med.* 1996;124:577-5848597322Google ScholarCrossref
- 7.Hoffman RM. Viewpoint: limiting prostate cancer screening. *Ann Intern Med.* 2006;144:438-44016549856Google ScholarCrossref
- 8.Sirovich BE, Schwartz LM, Woloshin S. Screening men for prostate and colorectal cancer in the United States: does practice reflect the evidence? *JAMA.* 2003;289:1414-142012636464Google ScholarCrossref
- 9.Ross LE, Coates RJ, Breen N. et al. Prostate-specific antigen test use reported in the 2000 National Health Interview Survey. *Prev Med.* 2004;38:732-74415193893Google ScholarCrossref
- 10.Volk RJ, Cass AR. The accuracy of primary care patients' self-reports of prostate-specific antigen testing. *Am J Prev Med.* 2002;22:56-5811777680Google ScholarCrossref
- 11.Jerant AF, Franks P, Jackson JE, Doescher MP. Age-related disparities in cancer screening: analysis of 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System Data. *Ann Fam Med.* 2004;2:481-48715506585Google ScholarCrossref
- 12.Lu-Yao G, Stukel TA, Yao S. Prostate-specific antigen screening in elderly men. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95:1792-179714652241Google ScholarCrossref
13. United States Department of Veterans Affairs. VA Information Resource Center data sources by name. <http://www.virec.research.va.gov/DataSourcesName/DataNames.htm>. Accessed July 28, 2006
- 14.Veterans Affairs Information Resource Center. *VIREC Research User Guide: FY2004 VHA Medical SAS Outpatient Datasets*. Hines, Ill: Edward J. Hines Jr VA Hospital; 2005
- 15.Smith MW, Chow A. Fee basis data: a guide for researchers, December 2005. http://www.herc.research.med.va.gov/files/RPRT_366.pdf. Accessed July 28, 2006
- 16.VIREC Research User Guide. VHA DSS Clinical National Data Extracts FY2000-FY2004, Edward J. Hines, Jr. VA Hospital, Hines, IL: Veterans Affairs Information Resource Center, August 2004 (Revised August 2005). <http://www.virec.research.va.gov/References/RUG/RUG-DSS00-04.pdf>. Accessed July 28, 2006
- 17.VA Information Resource Center. Research findings from the VA Medicare data merge initiative, report to the under secretary for health, September

18. US Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. United States life tables, 2003, volume 54, no.
14. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr54/nvsr54_14.pdf. Accessed July 28, 2006
19. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:1245-12517722560Google ScholarCrossref

NOVI BIOMARKERI ZA DIJAGNOSTIKU RAKA PROSTATE KOD STARIJIH MUŠKARACA

Sažetak

Rak prostate jedan je od najčešćih oblika neoplazmi kod starijih muškaraca i jedan od glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta. Predstavlja veliki klinički izazov zbog svoje biološke heterogenosti i promjenjivog tijeka progresije. Jedan od najvažnijih aspekata u upravljanju ovom bolešću je rana dijagnoza i određivanje agresivnosti tumora kako bi se izbjeglo nepotrebno liječenje ili, s druge strane, osiguralo pravovremeno liječenje pacijenata kojima je terapija nužna. Trenutno, prostata-specifični antigen (PSA) ostaje najčešće korištena metoda za probir, no ima značajna ograničenja zbog svoje ograničene osjetljivosti i specifičnosti.

Uspješno liječenje raka prostate uvelike ovisi o upotrebi pouzdanih biomarkera koji mogu pomoći u ranoj dijagnozi bolesti i predviđanju njenog napredovanja. Trenutni biomarkeri još uvijek nisu idealni jer nisu u mogućnosti precizno razlikovati pacijente kojima je potreban agresivan tretman od onih koji mogu imati koristi od aktivnog praćenja bez potrebe za hitnom intervencijom.

Biomarker se definira kao karakteristika koja se objektivno mjeri i procjenjuje kao pokazatelj normalnih bioloških procesa, patoloških procesa ili farmakoloških odgovora na terapijsku intervenciju. Biomarkeri igraju ključnu ulogu u otkrivanju, praćenju i predviđanju raka, pomažući liječnicima u donošenju kliničkih odluka. Osim što pomažu u dijagnozi, oni omogućuju praćenje napredovanja bolesti i prognozu nakon terapijskih intervencija. Biomarker se također može koristiti za optimizaciju liječenja, omogućujući personalizaciju terapije za pojedinačne pacijente. Oblik biomarkera za rak prostate je raznolik i uključuje metabolite, proteine, cirkulirajuće tumorske stanice, tumorsku DNK i nekdirajuću RNK prisutnu u tjelesnim tekućinama ili prostatičnom tkivu.

Ključne riječi: Rak prostate, Biomarkeri, PSA, Rana dijagnoza, Tekući biomarkeri, Personalizirana terapija

Abstract

Prostate cancer is one of the most common types of neoplasms in older men and a leading cause of morbidity and mortality. It presents a significant clinical challenge due to its biological heterogeneity and variable progression. One of the most important aspects of managing this disease is early diagnosis and determining tumor aggressiveness to avoid unnecessary treatment or, on the other hand, ensure timely therapy for patients who need it.

Currently, prostate-specific antigen (PSA) remains the most commonly used screening method, but it has significant limitations due to its low sensitivity and specificity. Successful treatment of prostate cancer largely depends on the use of reliable biomarkers that can aid in early disease detection and predicting its progression. However, existing biomarkers are still not ideal, as they are unable to accurately distinguish between patients who require aggressive treatment and those who may benefit from active surveillance without the need for immediate intervention.

A biomarker is defined as a characteristic that is objectively measured and evaluated as an indicator of normal biological processes, pathological processes, or pharmacological responses to a therapeutic intervention. Biomarkers play a crucial role in cancer detection, monitoring, and prognosis, helping physicians make clinical decisions. In addition to aiding diagnosis, they allow for disease progression tracking and prognosis after therapeutic interventions. A biomarker can also be used to optimize treatment, enabling personalized therapy for individual patients. The types of biomarkers for prostate cancer are diverse and include metabolites, proteins, circulating tumor cells, tumor DNA, and non-coding RNA present in bodily fluids or prostate tissue.

Key words: Prostate cancer, Biomarkers, PSA, Early diagnosis, Liquid biomarkers, Personalized therapy

Uvod

Epidemiologija raka prostate

S oko 192.280 novih slučajeva u 2009. godini, rak prostate jedna je od najčešće dijagnosticiranih malignih bolesti kod američkih muškaraca¹. Također je drugi vodeći uzrok smrti od raka kod muškaraca u Sjedinjenim Američkim Državama, nadmašen samo rakom pluća. Procjenjuje se da će oko (27).360 muškaraca umrijeti od raka prostate u 2009. godini¹.

Rak prostate primarno pogađa starije muškarce. Rana istraživanja pokazuju da se više od 65% svih slučajeva raka prostate dijagnosticira kod muškaraca starijih od (65) godina². U usporedbi s bijelom populacijom, učestalost raka prostate približno je 60% viša kod crnih muškaraca, dok japanske i kineske autohtone populacije imaju niži rizik od obolijevanja i smrtnosti. Nadalje, afroamerički muškarci obično se dijagnosticiraju u naprednijim fazama raka prostate i u mlađoj dobi.

Zbog toga se ulažu značajni naponi u otkrivanje raka prostate u ranoj, izlječivoj fazi kako bi se smanjila stopa smrtnosti od ove bolesti. Uz genetske čimbenike, socijalni i okolišni čimbenici (posebno prehrana i stil života) mogu djelovati kao odrednice rizika, što može objasniti zašto su neki pojedinci podložniji razvoju raka prostate od drugih. Ipak, u većini slučajeva, ova se bolest može učinkovito liječiti, a čak i potpuno eliminirati ako se otkrije u vrlo ranoj fazi².

Biomarkeri

Nacionalni institut za rak definira biomarker kao "biološku molekulu pronađenu u krvi, drugim tjelesnim tekućinama ili tkivima koja služi kao pokazatelj normalnog ili abnormalnog procesa, stanja ili bolesti". Biomarker se može objektivno mjeriti i procijeniti kao indikator normalnih bioloških procesa, patogenih procesa ili farmakoloških odgovora na određeni tretman ili stanje³⁻⁵.

Biomarkeri se široko koriste kao analitički alati za procjenu bioloških parametara s ciljem brze i sveobuhvatne terapijske analize. Osim toga, mjerenje biomarkera može dodatno potaknuti razvoj i procjenu novih terapija⁶.

U pilot-studijama koje uključuju terapijske kandidate, biomarkeri se mogu koristiti kao kriterij za odabir vodećih spojeva za treću fazu kliničkih ispitivanja⁶. Oni također pomažu u razumijevanju kliničke farmakologije i ključni su u planiranju kliničkih ispitivanja koja nastoje odmah i konačno procijeniti sigurnost i učinkovitost tretmana⁷⁻⁸. Biomarkeri koji predstavljaju

vrlo osjetljive i specifične pokazatelje patoloških procesa često se koriste kao zamjenski ishodi u kliničkim ispitivanjima, gdje mogu predvidjeti i procijeniti klinički rizik i/ili korist liječenja, što je krajnji cilj svih terapijskih intervencija⁹.

Vrste biomarkera raka

Biomarkeri raka obično se klasificiraju u tri kategorije: prognostički, prediktivni i farmakodinamički. Prognostički biomarkeri predviđaju prirodni tijek raka i pomažu u određivanju ishoda tumora. Također pomažu u odlučivanju koga treba liječiti, koliko agresivno treba pristupiti liječenju te koji pacijenti vjerojatno reagiraju na određeni lijek i koja je najučinkovitija doza. Prediktivni biomarkeri procjenjuju moguću korist određenog tretmana, dok farmakodinamički biomarkeri ocjenjuju neposredne učinke liječenja lijekom na tumor i mogu odrediti odgovarajuću dozu u ranim fazama kliničkog razvoja novog lijeka protiv raka¹⁰.

Umjesto da se analiziraju same tumorske stanice, molekularni sastav tumora može se neizravno okarakterizirati analizom uzoraka krvi i proučavanjem varijacija u serumskim proteinima. To poboljšava točnost dijagnostičkog pregleda i smanjuje potrebu za invazivnim dijagnostičkim postupcima. Početni pokušaji reproduciranja ovih serumskih proteina raka naišli su na određene poteškoće. Međutim, s napretkom u kvantitativnom mjerenju, standardiziranom prikupljanju uzoraka i poboljšanju osjetljivosti detekcije, povjerenje u ovu metodu značajno je poraslo¹⁰.

Mjerenja biomarkera mogu se koristiti za prilagodbu empirijskih rezultata kliničkih ispitivanja uspostavljanjem odnosa između učinaka intervencija na molekularne/stanične putove i kliničkih odgovora. Time se znanstvenicima pruža način za mehaničko razumijevanje promjena u kliničkom odgovoru, koje mogu biti pod utjecajem nekontroliranih varijabli³.

Biologija raka prostate

Smještena ispod mjehura i ispred rektuma, prostata je mala i mekana žlijezda kroz koju izravno prolazi uretra². Androgeni reguliraju prostatu kao glavni stimulans diobe stanica u epitelnom tkivu prostate¹¹. Iako se androgeni smatraju glavnim čimbenicima u karcinogenezi prostate, postoji malo izravnih dokaza koji pokazuju da androgeni uzrokuju rak prostate. Djelomično zbog nedostatka lako mjerljivih hormonskih promjena kod muškaraca, ne postoje dovoljni dokazi koji bi potvrdili neizravan utjecaj androgena na uzrok bolesti¹².

Rak prostate nastaje kada stopa diobe stanica premaši stopu stanične smrti, što dovodi do nekontroliranog rasta tumora. Nakon početne transformacije, daljnje mutacije u različitim genima, uključujući p53 i retinoblastomske gene, mogu uzrokovati napredovanje tumora i metastaze. Više od 95% slučajeva raka prostate su adenokarcinomi koji potječu iz epitelnih stanica prostate¹³. Od tih slučajeva, 70% se razvija u perifernoj zoni, 15-20% u središnjoj zoni, a 10-15% u tranzicijskoj zoni. Većina stanica raka je multifokalna i istovremeno zahvaća više regija prostate, što sugerira da je rak prostate vjerojatno rezultat klonalnih i neklonalnih tumora. Ako se ne liječe, stanice ovih tumora mogu metastazirati putem limfnog sustava i krvotoka. Kada stignu na svoje krajnje odredište, tumorske stanice se smještaju i formiraju sekundarne tumore, što značajno smanjuje stopu izlječenja bolesti. Prisutnost stanica raka prostate na drugom mjestu, primjerice u kostima, ne mijenja njegovu klasifikaciju – on se i dalje smatra rakom prostate².

Sustavi stadija raka prostate

Klasifikacija stadija i stupnja tumora često se nadopunjuje ekspresijom biomarkera kada se razmatraju biološki ciljani terapijska rješenja. Stadij raka određuje različite aspekte bolesti, uključujući veličinu tumora, dubinu njegova prodora, razinu širenja te organe koje je zahvatio i utjecaj na njih¹⁴. Stadij raka u trenutku dijagnoze smatra se najvažnijim pokazateljem preživljenja pacijenta. Također je ključan za odabir terapije, koja izravno ovisi o stadiju i može značajno varirati¹⁵.

Dva glavna sustava klasifikacije koriste se za određivanje stadija tumora: Jewettov sustav (faze A do D), koji je prvi put opisan 1975. i kasnije modificiran¹⁶, te TNM sustav, koji je 1997. godine usvojio Američki zajednički odbor za rak (AJCC) i Međunarodna unija protiv raka (UICC). Godine 2002. AJCC je dodatno revidirao TNM klasifikacijski sustav¹⁷.

Ovi sustavi omogućuju otkrivanje nepalpabilnih tumora pomoću povećane razine prostata-specifičnog antigena (PSA) u serumu ili abnormalnog transrektalnog ultrazvuka. Također omogućuju kategorizaciju pacijenata prema metodi otkrivanja tumora i razlikovanje nepalpabilnog raka prostate (otkrivenog tijekom transuretralne resekcije) od palpabilnog raka prostate (otkrivenog digitalnim rektalnim pregledom)¹⁸.

Skrining raka prostate

Rak prostate općenito ne pokazuje nikakve simptome dok ne postane lokalno uznapredovala ili metastatska bolest. Stoga su u prošlosti naponi za skrining i rano otkrivanje koristili sva dostupna dijagnostička sredstva kod asimptomatskih pacijenata prije pojave simptoma¹². Otkrivanje i upravljanje rakom prostate predmet je rasprave, posebno u vezi s pregledom i odabirom terapije nakon dijagnoze. Primjerice, pacijent može biti kasno dijagnosticiran s niskogradusnim rakom prostate koji možda neće imati nikakav utjecaj na kvalitetu ili duljinu njegova života, dok mladić s visokogradusnom lezijom može imati uznapredovalu bolest i umrijeti unutar 5 godina zbog agresivnog napredovanja bolesti. Ovo intrigantno opažanje pokazuje neobičnu biološku heterogenost raka prostate i zahtijeva posebnu klasifikaciju¹².

Međutim, veći broj pacijenata sada se dijagnosticira u ranijoj fazi zahvaljujući naprednim dijagnostičkim alatima za rak prostate, koji su značajno poboljšani posljednjih godina. Kao što je dokazano da tehnike skrininga i ranog dijagnosticiranja raka vrata maternice i dojke uspješno smanjuju stopu smrtnosti od tih karcinoma, skrining raka prostate uspješno je postigao isti cilj³¹. Neke od glavnih tehnika koje se koriste za procjenu raka prostate u njegovoj ranoj fazi su krvni testovi DRE, PSA i TRUS.

DRE se smatra osnovnim alatom za skrining i rano otkrivanje raka prostate te se procjenjuje da ima ukupnu točnost od oko 59%. Unatoč naizgled niskoj osjetljivosti, DRE je rutinska metoda skrininga raka prostate jer često otkriva karcinome koje su drugi testovi propustili. Njegova glavna prednost je što može otkriti rak kod nekih muškaraca s normalnim razinama PSA, a čiji su tumori mali i dobro diferencirani u većini slučajeva.

Prostatični specifični antigen (PSA) u serumu, otkriven 1971. godine, smatra se najvažnijim biomarkerom za otkrivanje, stadijaciju i praćenje raka prostate u ranoj fazi. PSA je član obitelji ljudskih kalikreinskih proteaza s molekularnom masom od približno (30) kDa i kimotripsinu sličnom aktivnošću. U serumu se PSA uglavnom veže za α 1-antihimotripsin (ACT), endogeni inhibitor proteaze, te također za sličan inhibitor, α 2-makroglobulin (A2M). U početku se smatralo da se PSA sintetizira samo u epitelnim stanicama prostate i stoga se koristio kao biomarker za dijagnostiku i upravljanje rakom prostate. Međutim, PSA je također pronađen u

nizu normalnih i tumorskih ljudskih staničnih linija te u biološkim tekućinama koje sintetiziraju različite stanice, premda uglavnom epitelne stanice prostate.

Neki istraživači su predložili da je, pre nego što je PSA testiranje postalo dostupno, smanjenje smrtnosti od raka prostate moglo biti rezultat ranog otkrivanja putem DRE, što se vidi u ranijim fazama dijagnoze i povećanju stope operacija lokalizovanog raka prostate tokom decenije pre široke primene PSA testiranja.

Drugo moguće objašnjenje za smanjenje smrtnosti od raka prostate je promena trenda u klasifikaciji uzroka smrti²³. Alternativno, istraživači su tvrdili da specifične stope preživljavanja u zavisnosti od stadijuma raka sugerišu da bi brzo smanjenje smrtnosti, praćeno velikim porastom incidencije, moglo biti rezultat otkrivanja velikog broja visokogradusnih karcinoma prostate pre nego što metastaziraju. Stoga je razumno smatrati smanjenje incidencije uznapredovale bolesti prediktorom kasnijeg smanjenja smrtnosti od raka prostate, umesto da se oslanjamo na prosečno procenjeno vreme preživljavanja.

Kriteriji za odabir/identifikaciju biomarkera raka prostate

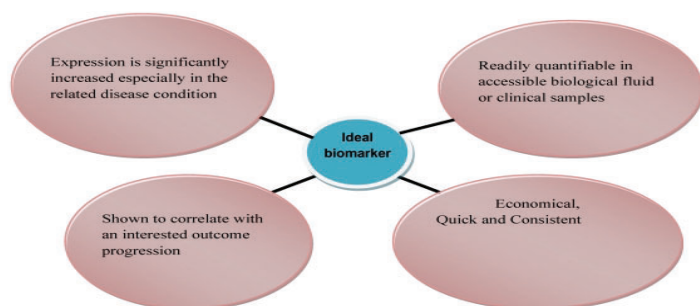
Kriteriji za biomarkere

Biomarker mora pokazati povezanost s relevantnim ishodom, poput progresije bolesti, recidiva ili preživljavanja, kako bi bio koristan za dijagnostiku i praćenje bolesti. Višestruke analize varijabli moraju pokazati da biomarker može predvideti odgovarajuću fazu ili stadijum bolesti, nezavisno od drugih dostupnih karakteristika. Da bi statistički značaj bio adekvatno procenjen, ove analize moraju biti sprovedene na dovoljno velikom uzorku s odgovarajućim konačnim podacima i dovoljnim brojem incidenata. Zahvaljujući tkivnim mikromrežama, ovaj proces postaje znatno efikasniji²⁶.

Odabir biomarkera treba imati biološku ili terapijsku osnovu ili, barem, biomarker mora pokazati pouzdanu korelaciju s prisutnošću, karakteristikama ili agresivnošću raka. Takođe, potrebno je proceniti snagu markera u odnosu na ishod bolesti, koji, zajedno s drugim faktorima, mora biti procenjen kao nezavisni prediktor u višestrukim analizama varijabli.

Idealni biomarker treba da bude brz, dosledan, ekonomičan i merljiv u dostupnim biološkim tečnostima ili kliničkim uzorcima (npr. plazma, urin ili prostatična tečnost), a njegovi rezultati trebaju biti lako interpretirani od strane lekara²⁷ (Slika 1). Njegova ekspresija treba značajno da se poveća (ili smanji) u odgovarajućem patološkom stanju, a ne bi smelo da postoji preklapanje nivoa biomarkera između zdravih kontrolnih subjekata i nelečenih pacijenata.

Slika (1). Prikaz idealnih karakteristika biomarkera



Karakteristike idealnog biomarkera

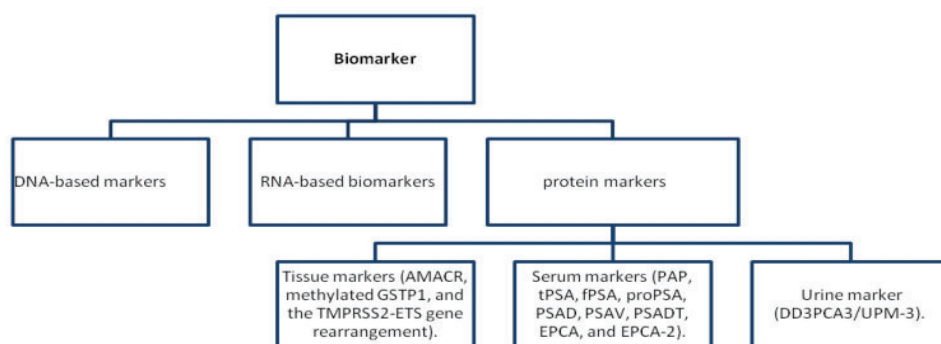
U opštoj populaciji, nivoi biomarkera ne bi smeli da variraju previše, kako bi ozbiljnost i prognoza bolesti mogli da se predviđaju na osnovu značajnih odstupanja biomarkera od referentnih vrednosti u kontrolnoj populaciji²⁸. Štaviše, unutar opšte populacije, učestalost ili aktivnost idealnog biomarkera treba da bude slična među subjektima²⁷. Na taj način, biomarker pruža veliku prednost za kliničku dijagnostiku i praćenje aktivnosti bolesti. Takođe bi omogućio korelaciju između subjekata sa bolešću i onih sa drugim smrtonosnim stanjima koja se javljaju u kontekstu specifične bolesti za koju bi biomarker bio testiran²⁷.

Kritični faktor koji određuje odabir kandidatskog biomarkera je kvalitet naučnih i kliničkih rezultata, kao što su (i) povezanost funkcije gena ili proteina sa biologijom bolesti, (ii) povezanost kandidatskog biomarkera sa prisutnošću bolesti, (iii) varijacije u fazama, (iv) reakcija na terapiju i (v) ukupno preživljavanje; svi ovi faktori podržavaju moguću efikasnost kandidatskog biomarkera. Za biomarkere raka prostate koji se koriste za rano otkrivanje ili praćenje bolesti, kandidatski model treba da bude specifičan za prostatu i sposoban da pravi razliku između normalnog BPH, intraepitelnih neoplazija prostate i kancerogenog tkiva prostate.

BIOMARKERI ZA DIJAGNOZU I PROGNOZU RAKA PROSTATE

Kao što je ranije opisano, biomarker je obično analit koji ukazuje na prisutnost i/ili stepen biološkog procesa, koji je često direktno povezan sa kliničkim izrazima i ishodom određene bolesti²⁷. Pokazano je da biomarkeri imaju mnoge važne primene, uključujući upotrebu kao dijagnostički alat za identifikovanje pacijenata sa bolešću ili nenormalnim stanjem, alat za stadifikaciju bolesti ili klasifikaciju širenja bolesti, pokazatelj prognoze bolesti i za predviđanje i praćenje kliničkog odgovora na intervenciju. Pokazatelji za rano otkrivanje raka pokazuju prisutnost rane bolesti ili da će rak nastati sa gotovo 100% sigurnošću u veoma kratkom vremenskom periodu. Ovo je u kontrastu sa pokazateljima za skrining. Biomarkeri za dijagnozu i prognozu raka prostate uključuju pokazatelje zasnovane na DNK, biomarkere zasnovane na RNK i pokazatelje proteina (vidi sliku 3 za primere).

Sliku 3



Opći klasifikacija biomarkera na temelju njihovih opisa

Mnogi od biomarkera koji se trenutno koriste otkriveni su slučajno, dok su drugi otkriveni putem korišćenja osnovnog razumevanja biokemijskih defekata. Biomarkeri se koriste za praćenje prirodnog toka stanja i za procenu efikasnosti tretmana. Takođe, oni mogu pomoći u razvoju specifičnih terapijskih ciljeva, čime predstavljaju standarde za procenu uspeha u upravljanju hroničnim bolestima²⁷. Već neko vreme, biomarkeri služe kao indikator prisutnosti određene bolesti i odražavaju aktivnost određenog stanja ili tokom njegovog prirodnog toka ili kao odgovor na određenu terapijsku intervenciju. Osim toga, mogu biti korisni za prognostičke svrhe u ishodu bolesti, s posebnim naglaskom na kvantitativne biomarkere koji pokazuju povezanost sa kliničkim manifestacijama bolesti i koji utiču na kvalitet života, rizik od komplikacija ili preživljavanje. Zamenjivi biomarkeri imaju važnu funkciju u praćenju bolesti nakon primene prihvaćenih tretmana. Zamenjivači su posebno važni za one tretmane koji su retki, kao što su slučajevi u kojima je direktno proučavanje postalo vrlo teško zbog ograničenog broja pacijenata i različitih ekspresija njihove primarne bolesti, ili u slučajevima kada efikasnost tretmana mora opravdati visoke troškove²⁷.

Vremenski okvir za rane bioshenuače raka prostate za dijagnozu

Neki lekari trenutno koriste interval od (2).5-3.0 ng/ml kako bi predložili biopsiju prostate, jer je prognoza raka prostate bolja kada je bolest identifikovana na nižim nivoima PSA. Međutim, ograničenja u korišćenju PSA za skrining raka prostate postaju očigledna. Mnogi muškarci, kako stariju, pate od različitih nemalighnih procesa, uključujući BPH i prostatitis, što često vodi ka povećanju PSA u serumu, što rezultira ograničenom specifičnošću PSA testa za otkrivanje raka. Nasuprot tome, visoki nivoi PSA mogu biti zamagljeni zbog nekoliko promena u prostati i kliničkih procedura. Generalno, povećanje nivoa PSA nije toliko specifično koliko je osetljivo za dijagnozu raka prostate. Prema Thompsonu i saradnicima, rak prostate je otkriven u oko 15% muškaraca sa normalnim ili veoma niskim ukupnim PSA nivoima, što čini teško pouzdano isključivanje mogućnosti raka na bilo kojem nivou PSA. Ovo je dovelo do poziva za revidiranje pristupa dijagnozi raka prostate i traženje novih biomarkera raka prostate.

KANDIDAT BIOMARKERI ZA RAK PROSTATE

Slika (4). Opis funkcije i svrhe odabranih biomarkera za rak prostate

Slika (4). Opis funkcije i svrhe odabranih biomarkera za rak prostate

Jedan od postavljenih ciljeva istraživanja raka je identifikacija molekularnih mehanizama koji diktiraju početak i napredovanje bolesti, a zatim i identifikacija molekularnih markera povezanih sa rakom kako bi se ciljali rakaste ćelije specifično dizajniranim lekovima. Kao i svi relevantni biomarkeri povezani sa njihovim specifičnim rakovima, biomarkeri prostate pokazuju neke ili sve ove sposobnosti: otkrivaju prisutnost raka prostate, prate i prenose njegov napredak, predviđaju mogućnost recidiva, predviđaju odgovor na terapiju i predviđaju hoće li pacijent biti bez bolesti i preživeti. Klinicisti se oslanjaju na biomarkere da bi otkrili rak u njegovim ranim fazama ili pre metastaze tumora, kada je efikasnost terapijskih lekova najveća.

Diskutovaćemo i nabrojati (Tabela 4) neke od biomarkera koji imaju značajnu količinu podržavajućih podataka, koji su biološki i klinički uverljivi da se dalje razvijaju, kao i druge potencijalne kandidate koji su još uvek u fazi ispitivanja. Takođe se raspravljaju neki od najnovijih kandidata koji su izazvali određenu pažnju zbog svog potencijala kao biomarkera za rak prostate. Nepotrebno je reći da ovaj spisak nije ni približno iscrpan i nastaviće da raste uz pomoć napretka najnovijih/boljih tehnologija u molekularnoj analizi.

Tabela (4). Opis biološke funkcije odabranih serumski markera

Marker Serum	Opis/Tip	Biološka funkcija	Svrha
Kromogranin-A	Pro-hormonski peptid koji se izlučuje iz neuroendokrinih stanica	Funkcija nije sigurna. Posjeduje kalcijumske veze i može djelovati putem parakrinog i autokrinog načina.	Proгноza
Enolaza specifična za neurone	Izomer glikolitičke enzime 2-fosfo-D-glicerat hidrolaze izlučen iz neuroendokrinih stanica	Funkcija nije sigurna. Možda djeluje kao parakrin i autokrin faktor.	Proгноza
Humana kalikrein-2	Serinska proteaza s substratskom specifičnošću sličnom tripsinu	Razdvaja pro-PSA za stvaranje PSA	Dijagnoza
Sistem urokinaznog aktivatora plazminogena	Serinska proteaza i transmembranski receptori	Pretvara plazminogen u plazmin	Dijagnoza (fragmente)i prognoza

Interleukin-6	Citokina	Uključen u hematopoezu i imunološki odgovor putem posredovanja diferencijacije B stanica i akutne faze upale	Prognoza
Transformirajući faktor rasta- β	Citokina	Uključen u proliferaciju stanica, kemotaksiju stanica, diferencijaciju stanica, angiogenezu, humoralni imunitet, imunitet posredovan stanicama i zacjeljivanje rana	Prognoza
Specifični antigen za membranu prostate	Integralna glikoproteina membrana tipa II s funkcijom karboksipeptidaze na površini stanice	Posjeduje funkciju folatne hidrolaze. Također je uključen u stresni odgovor stanica, prijenos signala, migraciju stanica i unos hranjivih tvari. Može imati diskutabilnu funkciju receptora.	Dijagnoza
Antigen specifičan za stanice prostate	Glikozil fosfatidilinozitol glikoproteina površine stanice	Poznat označivač površine stanica. Možda uključen u nekoliko aktivnosti matičnih stanica, uključujući proliferaciju ili prijenos signala.	Prognoza
α -metilacil-CoA racemaza (autoantitijela)	Peroksizomalna i mitohondrijska racemaza	Uključen u sintezu žučnih kiselina, stereoizomerizaciju i β -oksidaciju masnih kiselina s razgranatim lancem	Dijagnoza
Rani antigen stanica prostate-1, -2	Proteina matrice jezgre	Može biti uključen u ranu karcinogenezu prostate; međutim, njegov doprinos u morfologiji jezgre nije siguran	Dijagnoza
Hipermetilacija GSTP1	Hipermetilacija CpG otoka DNK koja kodira protein glutathion-S-transferazu π	Hipermetilacija GSTP1 ometa transkripciju. GSTP1 obično djeluje konjugirajući kancerogene oksidanse i elektrofile s glutationom kako bi ih deaktivirao	Dijagnoza
Testosteron	Steroidni hormon	Djeluje u prirodnom rastu i održavanju prostate i sjemenskih mjehurića. Ima mnoge učinke u seksualnom razvoju i anabolizmu. Također je uključen u prijenos endokrinih signala.	Prognoza
Estrogen	Steroidni hormon	Ima mnoge učinke na seksualni razvoj žene. Također djeluje u kontroli razvoja spermija i u prijenosu endokrinih signala.	Prognoza

Caveolin-1	Integralni membranski protein	Djeluje na regulaciju metabolizma kolesterola i transformaciju stanica te je uključen u prijenos signala između stanica	Proгноza
E-cadherin	Kalcijem ovisni molekul adhezije stanica	Igra ključnu ulogu kao molekula za vezivanje stanica u adheziji stanica sa sekretornim tkivima	Proгноza
β -Catenin	Adhezijska proteina (fragment 80-kDa izoliran u raku prostate)	Agregira s kadherinom za regulaciju formiranja adhezivnih veza između stanica	Proгноza
MMP-9	Endogena proteaza ovisna o cinku	Djeluje u migraciji stanica i degradaciji ECM te u adheziji stanica	Proгноza
Inhibitor MMP-a (TIMP 1, 2)	Inhibitor proteaze	Sprječava sintezu ECM	Proгноza
Hepatocitni faktor rasta	Poli-peptidni faktor rasta (sekretirana proteina fibroblasta)	Povećanje stanica, pokretljivost i morfogenezni faktor. Također uključen u distribuciju stanica i angiogenezu.	Dijagnoza/proгноza
MIC-1	Citokina (superfamilija TGF- β)	Nesiguran role, ali može izazvati apoptozu	Dijagnoza/proгноza
Makrofagi citokina MIF	Citokina (sekretirana od limfocita)	Modulira upalu i imunološki odgovor. Aktivira proliferaciju i angiogenezu stanica, dok inhibira neke tumorske supresorske gene.	Dijagnoza
hK11	Serinska proteaza (podfamilija ljudske kalikreine)	Ima nesigurnu funkciju. Djeluje poput tripsina, ali, ovisno o tkivu ili dijelu tijela u kojem je prisutan, može imati mnoge različite funkcije.	Dijagnoza
Progastrin oslobađajući peptid (ProGRP 31-98)	Neuropeptid	Djeluje na stvaranje GRP. GRP regulira metabolizam, ponašanje, aktivnost glatkih mišića, neke egzokrine i endokrine funkcije te kemotaksiju stanica.	Proгноza
Apolipoprotein A-II (izoforma 8,9 kDa)	Lipoprotein (prevalentan u HDL)	Utječe na razinu slobodnih masnih kiselina u plazmi djelujući na metabolizam i transport lipida	Dijagnoza

Protein 50,8 kDa	Nepoznato, identificirano spektrometrijom masa	Nesigurna funkcija, ali možda paralelna s djelovanjem proteina koji veže vitamin D	Dijagnoza
ILGF-1, -2	Polipeptidi ovisni o hormonu rasta	U prostati oba moduliraju proliferaciju stanica, diferencijaciju i apoptozu. Također djeluju u prijenosu endokrinih signala.	Dijagnoza

- Presvojeno iz reference³⁰.

IZAZOVI I PERSPEKTIVE U BUDUĆNOSTI

Rastući značaj biomarkera u otkrivanju raka prostate za smanjenje invazivnih procedura praćenja proporcionalno se odražava u brzom porastu broja istraživačkih publikacija na ovom području. Primjena biomarkera za rak prostate je na čelu istraživačkog polja zbog prepoznatljivih veza između genomske promjene u ćelijama raka i napredovanja bolesti. Tehnologija korišćena u pokušaju otkrivanja idealnih biomarkera značajno je napredovala, što je olakšalo proučavanje mnogih potencijalnih biomarkera u jednom testu. Iako su neki biomarkeri pokazali određeni potencijal u ranim fazama istraživanja, nijedan do sada ne izgleda da ima odgovarajući nivo osjetljivosti i specifičnosti za određivanje izbora i kursa terapijskog tretmana za rak prostate. Ovo može objasniti zašto samo mali broj biomarkera rutinski se ocenjuje za primenu u razvoju lekova ili kvalifikaciju za kliničke primene, uprkos očiglednom napretku u ovom istraživačkom polju. Iako su postignuta neka poboljšanja, još uvek postoje ograničenja sa trenutnom tehnologijom koja ometa otkrivanje i razvoj novih biomarkera za sve oblike raka, uključujući rak prostate. Neke od ovih prepreka mogu se prevazići razvojem novih tehnologija i unapređenim strategijama. Na primer, predložena strategija bi udružila dijagnostički test sa terapijskim agensom⁴. Druga strategija zahteva više pažnje u studijama koje mogu generisati kvantifikovane biomarkere u vezi sa ćelijskim signalnim putevima, jer ovi biomarkeri mogu da se primene na širok spektar tipova i bolesti tumora, kao i na različite testove i lekove^{10, 12}.

Zbog činjenice da je čitav proces od identifikacije do verifikacije pouzdanog biomarkera skup i dugotrajan, postavljena su pitanja o profitnim podsticajima za razvoj novih biomarkera. Skupo dugoročno istraživanje bi dovelo do visokih troškova za svaki pouzdani test razvijen u budućnosti, dodajući još veće troškove već visokoj ceni razvoja lekova¹⁰. Posledično, farmaceutske kompanije bi mogle postepeno oklijevati da ulažu u dijagnostički razvoj u ranim fazama testiranja zbog nesigurnosti u vezi sa valjanostima i odobravanjem od strane FDA, bez kojih neće biti finansijskog povraćaja za sve njihove investicije.

Jedna ključna tačka koja se ponavlja jeste da idealni biomarker treba da pokaže visok nivo specifičnosti i osjetljivosti kako bi se izbegli lažno pozitivni skrining testovi koji mogu izazvati anksioznost kod pacijenata i dovesti do skupljih i invazivnih testova. Do sada, studije, iako nisu konačne, pokazale su da su šanse za identifikovanje biomarkera sa takvom osjetljivošću i specifičnošću možda ograničene, barem za blisku budućnost. Stoga se kombinacija označivača smatra sledećim najboljim rešenjem za poboljšanje tačnosti dijagnostike, lečenja i praćenja recidiva raka prostate. Neki su predložili korišćenje više biomarkera različite kvalitete: na primer, kombinovanje "biomarkera sa visokom osjetljivošću i niskom specifičnošću (za otkrivanje potencijalno smrtonosnih karcinoma, ali koji bi doveli do mnogih lažno pozitivnih

rezultata) sa drugim biomarkerom koji ima manju osetljivost, ali višu specifičnost". Zaključno, ključna otkrića još uvek čekaju da se desi u ovom polju i metodologije za kliničku procenu postojećih i novih biomarkera još uvek treba istraživati. Iako bi se moglo mnogo profitirati od otkrivanja novih biomarkera za rano otkrivanje raka prostate, predviđanje malignog potencijala bolesti i vođenje personalizovane terapije za pacijente, bliska budućnost prognoze raka prostate može se konačno osloniti na nekoliko "elitnih biomarkera", koji će se nadamo predvideti sa tačnošću fazu, napredak bolesti kao i razvoj bolesti. Dok je široka klinička verifikacija ovih novih biomarkera još uvek jedan od najvećih i najtežih izazova, prevazilaženje ove prepreke neće eliminisati sve probleme koji ometaju identifikaciju i razvoj biomarkera za ovu bolest. Ipak, u procesu istraživanja novih biomarkera, možemo otkriti dragocena saznanja o mehanizmima raka prostate koja mogu dovesti do lečenja na duži rok.

Literatura

- 1.Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin*. 2009;59:225–49. doi: 10.3322/caac.20006.
- 2.Home page of Prostate Cancer Foundation. Prostate Cancer Foundation; <http://www.prostatecancerfoundation.org>.
- 3.Atkinson AJr, Colburn WA, DeGruttola VG, DeMets DL. et al. Biomarkers and surrogate endpoints: Preferred definitions and conceptual framework. Biomarkers Definitions Working Group. *Clinical Pharmacol & Therapeutics*. 2001;69:89–95. doi: 10.1067/mcp.2001.113989.
- 4.A Framework for Biomarker and Surrogate Endpoint Use in Drug Development. Woodcock J; http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/slides/2004-4079S2_03_Woodcock.ppt.
- 5.Dictionary of Cancer Terms. National Cancer Institute; <http://www.cancer.gov/dictionary/?searchTxt=biomarker>.
- 6.Rolan P. The contribution of clinical pharmacology surrogates and models to drug development: a critical appraisal. *Br J Clin Pharmacol*. 1997;44:219–25. doi: 10.1046/j.1365-2125.1997.t01-1-00583.x.
- 7.Ciarmiello A, Del Vecchio S, Silvestro P. et al. Tumor clearance of technetium 99m-sestamibi as a predictor of response to neoadjuvant chemotherapy for locally advanced breast cancer. *J Clin Oncol*. 1998;16:1677–83. doi: 10.1200/JCO.1998.16.5.1677.
- 8.Committee on Developing Biomarker-Based Tools for Cancer Screening Diagnosis and Treatment. *Cancer Biomarkers: The Promises and Challenges of Improving Detection and Treatment*. Washington DC: National Academies Press; 2007.
- 9.Lagakos SW, Hoth DF. Surrogate markers in AIDS: where are we? Where are we going? *Ann Intern Med*. 1992;116:599–601. doi: 10.7326/0003-4819-116-7-599
- 10.Sawyers CL. The cancer biomarker problem. *Nature*. 2008;452:548–52. doi: 10.1038/nature06913.
- 11.Smith RA, Mettlin CJ, Eyre H. *Cancer Medicine: Cancer Screening and Early Detection*. In: Kufe DW, et al., editors. *Cancer Medicine*. Hamilton, Canada: BC Decker Inc; 2003.
- 12.Prostate Cancer - Biology, Diagnosis, Pathology, Staging, and Natural History. Theodorescu D, Krupski T; <http://www.emedicine.com>.
- 13.Bostwick DG. The pathology of early prostate cancer. *CA Cancer J Clin*. 1989;39:376–93. doi: 10.3322/canjclin.39.6.376.
- 14.Yano M, Imamoto T, Suzuki H. et al. The clinical potential of pretreatment serum testosterone level to improve the efficiency of prostate cancer screening. *Eur Urol*. 2007;51:375–80. doi: 10.1016/j.eururo.2006.08.047.
- 15.Fielding LP, Genglio-Presier CM, Freedman LS. The future of prognostic factors in outcome prediction for patients with cancer. *Cancer*. 1992;70:2367–77. doi: 10.1002/1097-0142(19921101)70:9<2367::aid-cnrcr2820700927>3.0.co;2-b.
- 16.Jewett HJ. The present status of radical prostatectomy for stages A and B prostatic cancer. *Urol Clin North Am*. 1975;2:105–24.
- 17.American Joint Committee on Cancer. *Prostrate*: in *AJCC Cancer Staging Manual*, 6th ed. New York, NY: Springer; 2002. pp. 309–16.
- 18.Bostwick DG, Myers RP, Oesterling JE. Staging of prostate cancer. *Semin Surg Oncol*. 1994;10:60–72. doi: 10.1002/ssu.2980100110.

- 19.American Joint Committee on Cancer. Prostate cancer. In: Fleming ID, Cooper JS, Henson DE, Hutter RVP, editors. AJCC cancer staging manual. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. pp. 219–24.
- 20.Montie JE. Staging of prostate cancer: current TNM classification and future prospects for prognostic factors. *Cancer*. 1995;75(7 Suppl):1814–8.
- 21.Mettlin CJ, Murphy GP, Rosenthal DS. et al. The National Cancer Data Base report on prostate carcinoma after the peak in incidence rates in the US. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer*. 1998;83:1679–84. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19981015)83:8<1679::aid-cncr24>3.0.co;2-y.
- 22.Bunting PS. A guide to the interpretation of serum prostate specific antigen levels. *Clin Biochem*. 1995;28:221–41. doi: 10.1016/0009-9120(95)91342-z.
- 23.Feuer EJ, Merrill RM, Hankey BF. Cancer surveillance series: interpreting trends in prostate cancer—part II: cause of death misclassification and the recent rise and fall in prostate cancer mortality. *J NCI*. 1999;91:1025–32. doi: 10.1093/jnci/91.12.1025.
- 24.Etzioni R, Legler JM, Feuer EJ. et al. Cancer surveillance series: interpreting trends in prostate cancer—part III: quantifying the link between population prostate specific antigen testing and recent declines in prostate cancer mortality. *J NCI*. 1999;91:1033–9. doi: 10.1093/jnci/91.12.1033.
- 25.Coley CM, Barry MJ, Fleming C. et al. Early detection of prostate cancer. Part 1. Prior probability and effectiveness of tests. *Ann Intern Med*. 1997;126(5):394–406. doi: 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00010.
- 26.Tricoli JV, Schoenfeldt M, Conley BA. Detection of prostate cancer and predicting progression: current and future diagnostic markers. *Clin Cancer Res*. 2004;10:3943–53. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-03-0200.
- 27.Cox TM, Mehta, A; Beck, M; Sunder-Plassmann, G, editors. Oxford (UK): Oxford PharmaGenesis Ltd; 2006. Biomarkers in lysosomal storage diseases. Fabry disease: Perspectives from 5 years of FOS.
- 28.Deegan PB, Moran MT, McFarlane I. et al. Clinical evaluation of chemokine and enzymatic biomarkers of Gaucher disease. *Blood Cells Mol Dis*. 2005;35:259–67. doi: 10.1016/j.bcmd.2005.05.005.
- 29.Han M, Partin AW, Chan DY. et al. An evaluation of the decreasing incidence of positive surgical margins in a large retropubic prostatectomy series. *J Urol*. 2004;171:23–36. doi: 10.1097/01.ju.0000098604.09395.27.
30. Sasaki T, Komiya A, Suzuki H. et al. Changes in chromogranin A serum levels during endocrine therapy in metastatic prostate cancer patients. *Eur Urol*. 2005;48:224–30. doi: 10.1016/j.eururo.2005.03.017.

SARKOPENIJA U PROCESU STARENJA

Sažetak

Sa značajnom demografskom promenom na cijelom svijetu sa aspekta porasta broja osoba treće životne dobi, evidentan je i narastajući interes zajednice za kreiranjem efikasnih strategija koje bi se nosile sa mišićnom atrofijom koja nastaje kao posledica starenja. Ta mišićna slabost, definisana pojmom sarkopenija i odnedavno dijapenija. Cilj ovog rada je utvrđivanje značaja sarkopenije u procesu starenja, načinima preveniranja sarkopenije i posljedicama kasnog prepoznavanja. Posljednjih godina, sa produženjem životnog vijeka i sve većim brojem starijih ljudi, sarkopenija je prepoznata kao posebno stanje i novo područje u gerijatrijskoj medicini. Evropska radna grupa za sarkopeniju kod starijih ljudi je definisala sarkopeniju kao sindrom koji se karakteriše progresivnim i generalizovanim gubitkom skeletne mišićne mase, snage i posljedično, mišićne funkcije, što sa sobom nosi povećan rizik od padova, invalidnosti, gubitka radne sposobnosti i prevremene smrtnosti. Sarkopenija kod starijih je u mnogim zemljama postala glavni fokus istraživanja zbog velikog uticaja na morbiditet, mortalitet i troškove zdravstvene zaštite. Uprkos kliničkom značaju, sarkopenija je i dalje nedovoljno prepoznata u svakodnevnoj kliničkoj praksi, djelimično zbog nedostatka dostupnih dijagnostičkih testova i jedinstvenih dijagnostičkih kriterijuma, kao i jasnih smjernica za liječenje. Dijagnostikovanje sarkopenije zahtjeva procenu mišićne mase, mišićne snage i fizičkih performansi. Liječenje sarkopenije uključuje različite nefarmakološke i farmakološke pristupe, a prvenstveno je fokusirano na vježbe otpora i snage, uz istovremenu nutritivnu podršku. Proces starenja praćen je povećanim rizikom od hroničnih stanja i oboljenja kao što su poremećaji kognitivnih funkcija, kardiovaskularne bolesti i metaboličkog sindroma. Naime, tokom procesa starenja dolazi do slabljenja mišića, smanjuje se radni kapacitet i dolazi do pada u mišićnoj masi. Kao posljedica ovih gubitaka dolazi do smanjenja u fizičkoj aktivnosti.

Ključne riječi: starost, sarkopenija, mišićna masa, mišićna snaga, vježbanje.

SARCOPENIA IN THE AGING PROCESS

ABSTRACT

With significant demographic change worldwide in terms of the increase in the number of elderly people, there is also a growing interest in the community to create effective strategies to deal with muscle atrophy that occurs as a result of aging. This muscle weakness, defined by the term sarcopenia and, more recently, diapienia. The aim of this paper is to determine the significance of sarcopenia in the aging process, ways to prevent sarcopenia and the consequences of late recognition. In recent years, with the extension of life expectancy and the increasing number of elderly people, sarcopenia has been recognized as a special condition and a new area in geriatric medicine. The European Working Group on Sarcopenia in Older People has defined sarcopenia as a syndrome characterized by progressive and generalized loss of

¹ Fakultet za medicinu, farmaciju i zdravstvo Evropski Univerzitet Brčko Distrikt, BiH

² Nezavisni istraživač

³ Nezavisni istraživač

skeletal muscle mass, strength and, consequently, muscle function, which carries with it an increased risk of falls, disability, loss of work capacity and premature mortality. Sarcopenia in the elderly has become a major focus of research in many countries due to its major impact on morbidity, mortality and healthcare costs. Despite its clinical importance, sarcopenia remains under-recognized in everyday clinical practice, partly due to the lack of available diagnostic tests and uniform diagnostic criteria, as well as clear treatment guidelines. Diagnosing sarcopenia requires the assessment of muscle mass, muscle strength and physical performance.

Treatment of sarcopenia includes various non-pharmacological and pharmacological approaches, and is primarily focused on resistance and strength exercises, with simultaneous nutritional support. The aging process is accompanied by an increased risk of chronic conditions and diseases such as cognitive dysfunction, cardiovascular disease and metabolic syndrome. Namely, during the aging process, muscle weakness occurs, working capacity decreases and muscle mass decreases. As a result of these losses, physical activity decreases.

Key words: age, sarcopenia, muscle mass, muscle strength, exercise.

UVOD

Starost treba aktivno, zdravo živjeti a ne pasivno proživljavati!

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životu osobe, a definiše se prema hronološkoj dobi, prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon penzionisanja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stepena opadanja sposobnosti). Prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije kronološka dob od 65 godina prihvaćena je kao dobna granica u definiciji starije osobe i dijeli se na: raniju starost 65- 74 godine, srednju starost 75- 84 i duboku starost iznad 85 godina. Proces starenja je fiziološki, individualan proces koji dovodi do smanjenja svih funkcija organizma i kod ljudi napreduje različitom brzinom, što znači da svaki čovek drugačije stari. Nije lako odrediti životnu granicu od koje se sa sigurnošću može odgovoriti kada kod čoveka nastupa starost. Starenje i starost se jasno razlikuju i dok starenje predstavlja progresivni stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sistema, sama starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s hronološkom dobi. Proces starenja praćen je povećanim rizikom od hroničnih stanja i oboljenja kao što su poremećaji kognitivnih funkcija, kardiovaskularne bolesti, metaboličkog sindroma, gojaznosti itd. Sa značajnom demografskom promenom na cijelom svijetu sa aspekta porasta broja osoba treće životne dobi, evidentan je i narastajući interes zajednice za kreiranjem efikasnih strategija koje bi se nosile sa mišićnom atrofijom koja nastaje kao posledica starenja. Ta mišićna slabost, definisana pojmom sarkopenija i odnedavno dijapenija, predstavlja normalan fiziološki odgovor mehanizma na process starenja, i javlja se stopom od 1% do 5% godišnje počevši od 30. godine života (Lindel i sar.,1997).

Sarkopenija je termin originalno predstavljen od strane Rozenberga još 1989. godine (Rosenberg, 1989), i predstavlja gubitak mišićne mase kao posledice starenja. Ipak, značenje ovog termina se često proširuje i na gubitak mišićne snage i ostalih parametara funkcionalnosti osoba treće životne dobi. Iako sarkopenija značajno doprinosi i efektu gubitka mišićne funkcije tokom procesa starenja, smatra se da je potrebno razdvojiti ova dva termina s obzirom na to da gubitak mišićne mase nije u direktnoj korelaciji sa gubitkom mišićne snage (Clark i Manini,

2008), za šta je odgovoran veći broj neuroloških specifičnosti procesa starenja (Clark i Manini, 2008; Duchateau i Enoka, 2002).

Shodno tome, nedavno je upotrebljen novi termin, dijapenija, koji se odnosi pre svega na gubitak parametara mišićne snage kao posledice starenja (Clark i Manini, 2008). Mišićna masa opada po stopi između 3% i 8% za svaku deceniju života od 30. godine (Fleck i sar., 2011), što prosečno znači gubitak oko 0,2kg mišićne mase godišnje. Ovaj gubitak se povećava na 5 do 10% ili na oko 0,4kg godišnje po svakoj deceniji života od 50. godine (Nelson et al., 1994). Mišićni metabolizam je veoma značajan deo ukupnom bazalnog metabolizma i posljedično igra veliku ulogu u padu bazalnog metabolizma po stopi od 2-3% po deceniji života kod odraslih (Wolfe, 2006). S obzirom na to da bazalni metabolizam čini oko 65-70% dnevne kalorijske potrošnje kod sedentarne odrasle populacije, smanjenje mišićne mase može značajno doprineti porastu potkožnog masnog tkiva kod ove populacije (Wolfe, 2006). Gubitak mišićne mase sa starenjem je klinički značajan fenomen na uzorku žena jer dovodi do smanjenja nivoa snage i funkcionalnosti, što ima značajne posljedice po svakodnevne aktivnosti. Štaviše, gubitak mišićne mase je snažan prediktor smrtnosti u trećem životnom dobu (Szulc et al, 2010). Sarkopenija počinje da nas vreba posle 40. godine ako smo neaktivni, a posebno nakon sedme decenije Sarkopenija je stanje koje se karakteriše gubitkom mišićne mase, slabljenjem snage i funkcija tela i počinje da nas vreba već poslije 40. Godine. U pitanju je progresivni proces, do 30. godine života mišići jačaju, dok posle 40. godine, a posebno nakon 70. godine života, gubimo mišićnu masu i dolazi do sarkopenije. Cilj ovog rada je utvrđivanje značaja sarkopenije u procesu starenja, načinima preveniranja sarkopenije i posljedicama kasnog prepoznavanja.

Povezanost prehrane i bolesti

U osoba starije dobi sa sarkopenijom poželjni su visokoproteinski pripravci, a dodatnu korist osigurava i dodatak beta – hidroksi – beta - metilbutirata (HMB), mineralnih tvari, posebno vitamina D. (Nelson et al., 1994). Poznato je da beta- hidroksi- beta- metilbutirat poboljšava razvoj mišićne mase i njene funkcije kod starijih osoba. Postoje i istraživanja koja govore u prilog benefita omega- 3 masnih kiselina iz ribljeg ulja na mišićnu masu i kvalitetu. Niske koncentracije vitamina D povezuju se sa smanjenom mišićnom snagom i funkcionalnošću te se stoga nadoknada vitamina D smatra neizostavnim dijelom nutritivne intervencije kod osoba sa sarkopenijom. (Mikić i sar., 2006). Također u liječenju sarkopenije je važno uključiti vježbe izdržljivosti kako bi se jačala mišićna snaga. Rezultati jedne od najvažnijih studija (Health ABC Study) koja je proučavala unos bjelanjčevina i uticaj na skeletnu masu tokom duljeg razdoblja dokazali su da je gubitak mišićne mase bio najizrazitiji u skupini onih koji su unosili najmanje bjelanjčevina. (Mikić i sar., 2025).

Opasnost pojave malnutricije povećava se starenjem zbog tjelesnih, psiholoških, socioloških i ekonomskih promjena koje obilježavaju proces starenja. Malnutricija je manjak esencijalnih hranjivih tvari u ljudskom organizmu, a uglavnom pogađa bolesnike koji nemaju adekvatan nutritivni unos. Unatoč velikoj učestalosti, malnutricija u starijih osoba često izostaje kao dijagnoza i rijetko se liječi. Proces starenja uzrokuje promjene u sastavu tijela, uključujući smanjenje mišićne mase i povećanje masnog tkiva. Sarkopenija je specifično obilježje starije dobi, a podrazumijeva gubitak mase skeletnih mišića i rezultira smanjenjem mišićne snage. Najčešći deficiti koji pogađaju oboljele starije osobe su nedostatak bjelanjčevina, željeza, cinka, selena, vitamina B1, B6, B12 i vitamina D. (Wolfe, 2006). Vodeći zdravstveni problemi starijih osoba koji se dovode u vezu s načinom prehrane su kardiovaskularne bolesti, prijelomi kostiju, imunološki poremećaji, poremećaji bubrežne funkcije, depresija i poremećaji raspoloženja,

kognitivni poremećaji, artritis, poremećaji vida i općenito poremećaj stanja uhranjenosti i tjelesne sposobnosti. ((Mikić i sar.,2025). Kako starimo, naše telo prolazi kroz promene koje igraju glavni faktor u razvoju sarkopenije. Na primer, telo ne proizvodi istu količinu proteina koja je potrebna našim mišićima za rast. Kada se to dogodi, mišićne ćelije postaju manje. Pored toga, kako starimo, dolazi do promene u određenim hormonima - kao što su testosteron i faktor rasta sličan insulinu (IGF-1) koji utiču na vaša mišićna vlakna. Ovo može dovesti do sarkopenije. Sarkopenija može u velikoj mjeri uticati na kvalitet života pacijenta smanjujući njegovu sposobnost da obavlja svakodnevne aktivnosti. To može dovesti do gubitka nezavisnosti i dovesti potrebe za dugotrajnom njegom.

Klasifikacija sarkopenije

Stepenovanje sarkopenije odražava težinu i ozbiljnost zdravstvenog stanja osobe, a ljekaru pomaže pri odabiru načina liječenja i postavljanju realnih ciljeva i očekivanja. Sarkopenija se dijeli na presarkopeniju, sarkopeniju u užem smislu i tešku sarkopeniju, odnosno na primarnu i sekundarnu sarkopeniju.

Presarkopenija podrazumijeva smanjenu mišićnu masu i može se dijagnostikovati tehnikama preciznog mjerenja mišićne mase i poređenjem sa standardnom populacijom. **Sarkopenija u užem smislu** podrazumijeva smanjenu mišićnu masu, uz prisustvo još jednog kriterijuma – smanjene mišićne snage. **Teška sarkopenija** znači da su sva tri kriterijuma prisutna (smanjena mišićna masa, smanjena snaga i smanjena funkcija mišića) (Cruz-Jentoft AJ et al, 2010).

Primarna sarkopenija je isključivo vezana za proces starenja, kada su svi drugi uzroci sa sigurnošću isključeni.

Sekundarna sarkopenija se razvija uz barem jedan ili više jasnih uzroka koji nisu izričito povezani sa procesom starenja, a to mogu biti sjedelački način života uzrokovan bolešću (onesposobljenost ili nepokretnost) ili neadekvatne svakodnevne fizičke aktivnosti, **poremećajima prehrane** (anoreksija i bulimija, prekomjerna prehrana i pretilost), **pojednim bolestima**, kao što su stanja kronične upale, pojačane razgradnje i/ili gubitka bjelančevina i uzimanje određenih lijekova.

Faktori rizika za razvoj sarkopenije

Iako je starenje dominantan faktor rizika, istraživači su otkrili i druge moguće rizika koji utiču na pojavu sarkopeniju.(Clark BC, Manini TM., 2008). (To može uključivati:

- Nedostatak vežbanja i fizičke aktivnosti smatra se jednim od vodećih faktora za razvoj sarkopenije;
- Hormonski i citokinski disbalans – smanjenje koncentracije hormona rasta, testosterona, tiroidnih hormona i insulinu sličnog faktora rasta (engl. insulin-like growth factor – IGF), dovodi do gubitka mišićne mase i snage;
- Neadekvatan unos hrane, smanjena sinteza i regeneracija proteina, karakteristični su za stariju populaciju sa sarkopenijom;
- Remodelovanje motornih jedinica – u sarkopeniji dolazi do smanjenja broja motornih nervnih ćelija koje su odgovorne za slanje signala iz mozga u mišiće;

- Hronična sistemska inflamacija, karakteristična za starenje, pojačanim oslobađanjem TNF- α (engl. tumor necrosis factor alpha), interleukina-6 (IL-6), C-reaktivnog proteina (CRP) i drugih inflamatornih citokina, dovodi do oštećenja tkiva i anaboličke rezistencije, koja je glavna determinanta sarkopenije;
- Reumatidni artritis;
- Insulinska rezistencija;
- Smanjenje sposobnosti da se pretvore proteini u energiju;
- Smanjenje broja nervnih ćelija koje šalju poruke iz vašeg mozga vašim mišićima govoreći im da se kreću.

Simptomi i uzroci sarkopenije

Simptomi sarkopenije mogu uključivati slabost i gubitak izdržljivosti, što može ometati fizičku aktivnost. Umanjena aktivnost dodatno smanjuje mišićnu masu.

Najčešći simptom sarkopenije je slabost mišića. Ostali simptomi mogu uključivati:

- gubitak izdržljivosti
- poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti
- usporen hod
- problemi pri penjanju uz stepenice
- loša ravnoteža i padovi
- smanjenje veličine mišića.

Iako se sarkopenija, javlja uglavnom kod ljudi koji su neaktivni, činjenica je da se stanje zapaža i kod fizički aktivnih osoba. To sugerise da postoje i drugi faktori, u razvoju sarkopenije kao što su:

- Slabljenje funkcije nervnih ćelija odgovornih za kretanje
- Niže koncentracije nekih hormona, uključujući hormon rasta, testosteron i faktor rasta sličan insulinu
- Smanjenje sposobnosti pretvaranja proteina u energiju
- Nedovoljne količine kalorija ili proteina, na dnevnom nivou, za održavanje mišićne mase.

Sarkopenija i atrofija mišića: Dijagnostika

Sarkopenija se još uvijek ne dijagnosticira na vrijeme već se na nju posumnja kada su simptomi već prisutni. No, rano prepoznavanje je važno jer omogućuje uvođenje terapije koja usporava ili zaustavlja napredovanje sarkopenije i neželjenim komplikacijama te narušava kvalitetu života. U dijagnostici se, osim fizičkog pregleda, ispunjava upitnik u kojem osoba prijavljuje prisutne simptome.

Dijagnostički upitnik se naziva SARC-F, a ovaj akronim označava:

- S — snaga (engl. strength)
- A — pomoć pri hodanju (engl. assistance with walking)
- R — ustajanje sa stolca (engl. rising from a chair)
- C — penjanje uz stepenice (engl. climbing stairs)
- F — padovi (engl. falls).

Svaki faktor ocjenjuje se brojem između 0 i 2. **Najviši maksimalni SARC-F rezultat je 10.** Rezultat od 4 ili više bodova ukazuje na potrebu za dodatnim testiranjima kao što su testovi mišićne snage mišićne mase i funkcionalne sposobnosti. (Cruz-Jentoft AJ et al, 2010).

Kako izgleda terapija sarkopenije?

Liječenje sarkopenije obično uključuje promjene u načinu života a u to spada:

- ❖ **Fizička aktivnost:** Vaš ljekar može preporučiti progresivni trening snage zasnovan na otporu. Ova vrsta vježbi može da vam pomogne da poboljšate snagu i preokrenete gubitak mišića.
- ❖ **Zdrava ishrana:** U kombinaciji sa redovnim vježbanjem, zdrava ishrana takođe može pomoći da se preokrenu efekti sarkopenije. Posebno je važno da povećate unos proteina kroz hranu ili suplemente.

Istraživači proučavaju mogućnost upotrebe hormonskih suplemenata za povećanje mišićne mase, ali trenutno ne postoje odobreni lijekovi za liječenje sarkopenije.

Sarkopenija se ne može spriječiti ali se može usporiti

Možda nećete moći u potpunosti da spriječite pojavu sarkopeniju jer se stanje dešava kao dio prirodnog procesa starenja, ali možete preduzeti korake da usporite napredovanje bolesti.

Birajte zdravu hranu - Bazirajte se na zdravoj ishranu koja uključuje visokokvalitetne proteine. Težite da unosite 20 do 35 grama proteina u svakom obroku.

Vježbajte - Održavajte fizički aktivan način života koji uključuje vježbe kao što je trening otpora.

Odlazite na redovne preglede - Redovno posjećujte svog ljekara i obavjestite ga o svim promjenama u vašem zdravlju.

ZAKLJUČAK

Stručnjaci navode da se već od četrdesete godine života mogu primetiti određene promjene, koje ukazuju na starenje organizma. Već tada se mogu pojaviti i prvi znaci sarkopenije, koju karakteriše gubitak mišićne mase i funkcije skeletnih mišića. Dobra vest je da životne navike poput zdrave ishrane, redovne fizičke aktivnosti i održavanja optimalne telesne težine mogu produžiti životni vek i učiniti da se osećamo sjajno i u poznim godinama. Godine su, na posletku, samo broj!

Sarkopenija se kao entitet može smatrati gerijatrijskim sindromom. Sarkopenija je kod starih povezana sa neželjenim zdravstvenim ishodima, kao što su padovi, invaliditet, nemogućnost brige o sebi, što za posledicu ima pogoršanje kvaliteta života starih, povećan broj hospitalizacija i pre vremena smrt. Kombinovanje vežbi sa otporom sa nekim farmakološkim jedinjenjima i dijetetskim suplementima može imati blagotvoran efekat na starije osobe i na taj način prevenirati i usporiti napredovanje sarkopenije. Povećanje svesti o važnosti sarkopenije je od velikog značaja za postizanje povoljnijih ishoda u lečenju i praćenju gerijatrijske populacije. Opadanje mišićne mase i jakosti smatra se jednim od značajnih problema starenja i čimbenka koji značajno utječu na samostalnost i kvalitetu života osoba starije životne dobi. Razvoj sarkopenije donosi smanjenje mogućnosti kretanja, narušava izvođenje svakodnevnih aktivnosti, potencijalno dovodi do smanjenja sigurnosti i ravnoteže u kretanju što povećava mogućnost od pada, a samim time i određenih ozljeda ili lomova. Na prevenciju sarkopenije najbolji učinak ima pravilna prehrana te tjelesna aktivnost koja se temelji prije svega na vježbama snage kojima utičemo na održavanje i povećanje mišićne mase čim direktno preveniramo razvoj sarkopenije. Program kinezioloških programa i vježbi moraju biti pravilno osmišljene i stručno vođenje. Bitnu funkciju u realizaciji preventivnog programa vježbanja ima kineziolog koji će svojim znanjem i iskustvom moći prilagoditi kineziološke programe u skladu sa zdravstvenim statusom osobe treće životne dobi.

Svi smo svesni da se od starosti ne može pobeći. Reč je o normalnom i nezaobilaznom biološkom procesu. Starenje je neminovno, ali samo starenje nije ono što čoveka najviše plaši. Starost sama po sebi nije bolest, ali je često praćena bolešću i upravo te tegobe i smanjen kvalitet života bude neverovatan strah kod mlađih generacija. Ako ste zdravi i vitalni, zlatne godine mogu biti najlepše godine vašeg života.

LITERATURA

1. Beyer I, Mets T, Bautmans I. (2012). Chronic low-grade inflammation and age-related sarcopenia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012 Jan;15(1):12-22. doi: 10.1097/MCO.0b013e32834dd297.
2. Bortz WM. (2002). A conceptual framework of frailty: A review. *J Gerontol Med Sci*.
3. Chien MY, Huang TY, Wu YT. (2008). Prevalence of sarcopenia estimated using a bioelectrical impedance analysis prediction equation in community-dwelling elderly people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Sep;56(9).
4. Clark BC, Manini TM. (2008). Sarcopenia $\neq$ dynapenia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 63(8):829–834. doi: 10.1093/gerona/63.8.829 [pii]. [PubMed: 18772470]
5. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F. (2010). European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):412-23. doi: 10.1093/ageing/afq034.
6. Denison HJ, Cooper C, Sayer AA, Robinson SM.(2015). Prevention and optimal management of sarcopenia: a review of combined exercise and nutrition interventions to improve muscle outcomes in older people. *Clin Interv Aging*. 2015 May 11;10:859-69.
7. Flack KD, Davy KP, Huber MAW. (2011). Aging, resistance training, and diabetes prevention. *J. Aging Res.*; 2011:127315.
8. Marcell TJ. (2003). Sarcopenia: causes, consequences, and preventions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Oct;58(10):M911-6. doi: 10.1093/gerona/58.10.m911.
9. Mikić, B., Ahmetović, O. (2006). Ishrana i oporavak. Tuzla. Fakultet za tjelesni odgoj i sport Univerziteta u Tuzli.
10. Mikić, B., Dugonjić, A., Dugonjić, J., Pavlović, N. (2025). Prehrana i proces starenja. Banja Luka. XV Međunarodna Konferencija „Sportske nauke i zdravlje“. (Zbornik radova). Panevropski Univerzitet „Apeiron“ Banja uka.
11. Mikić, B., Vuletić, B., Ivanek, V. (2017). Nutrigenomika temelj za koncept personalizirane ishrane. Mostar. Časopis za znanstvena i stručna pitanja. br. 02. Univerzitet modernih znanosti CKM Mostar.
12. Nelson ME, Fiatarone M, Morganti C (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. *JAMA*; 272:1909- 1914.
13. Rosenberg IH.(1989). Summary comments. *Am J Clin Nutr*; 50:1231–1233.
14. Senior HE, Henwood TR, Beller EM, Mitchell GK, Keogh JW. (2015). Prevalence and risk factors of sarcopenia among adults living in nursing homes. *Maturitas*. 2015 Dec;82(4):418-23. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.08.006.
15. Szulc P, Munoz F, Marchand F, Chapurlat R, Delmas PD (2010). Rapid loss of appendicular skeletal muscle mass is associated with higher all-cause mortality in older men: the prospective MINOS study. *Am J Clin Nutr*. ;91:1227–1236.
16. Wolfe RR. (2006). The unappreciated role of muscle in health and disease. *Am. J. Clin. Nutr*; 84:475-82.

ULOGA I ZNAČAJ TJELESNE AKTIVNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Sažetak

Kretanje, odnosno tjelesna aktivnost prirodna je biološka potreba čovjeka, neophodna za očuvanje i unapređenje zdravlja svake ljudske jedinice. To je jedan od veoma bitnih faktora za očuvanje i unapređenje zdravlja i funkcionalnih sposobnosti, naročito kod osoba starije dobi. Upravo to i jeste cilj ovog rada da izvršimo procjenu uticaja tjelesn aktivnosti na zdravlje starijih osoba i uopšteno na sami kvalitet življenja u poznim godinama. Cilj nam je bio da kroz ovo istraživanje utvrdimo bitne razlike u pojedinim segmentima kulture i kvaliteta življenja između starijih osoba koje se kontinuirano bave tjelesnom aktivnošću i starijih osoba koje povremeno ili nikako nebave tjelesnom aktivnošću. Željeli smo utvrditi sociodemografska obilježja, u smislu sposobnosti samozbrinjavanja, odnosno mogućnosti samostalnog svakodnevnog funkcionisanja po pitanju realizacije vlastitih životnih potreba, osoba u poznim godinama, koje se aktivno ili povremeno bave rekreativnim tjelesnim aktivnostima i onih koji to ne upražnjavaju. Istraživanje je provedeno na području grada Mostara, a istim su bili obuhvaćeni štićenici Doma za stara i iznemogla lica, starosne dobi od 70 do 90 godina. Rezultati dobiveni statističkom obradom pokazuju da postoje razlike u sociodemografskim obilježjima u smislu sposobnosti samozbrinjavanja, ispitanika koji se bave i ispitanika koji se nebave tjelesnom aktivnošću.

Ključne riječi: osobe u zreloj dobi, zdravlje, tjelesna aktivnost, životne potrebe, kvalitet življenja.

THE ROLE AND IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER LIFE

Summary

Movement, or physical activity, is a natural biological need of man, necessary for the preservation and improvement of the health of every human being. It is one of the very important factors for the preservation and improvement of health and functional abilities, especially in older people. This is precisely the goal of this work, to assess the impact of physical activity on the health of older people and, in general, on the quality of life in later life. Our goal was to determine, through this research, significant differences in certain segments of culture and quality of life between older people who continuously engage in physical activity and older people who occasionally or do not engage in physical activity at all. We wanted to determine the sociodemographic characteristics, in terms of self-care abilities, or the ability to independently function on a daily basis in terms of realizing their own life needs, of people in later life who engage in recreational physical activities on a daily basis and those who do not.

¹ Fakultet za medicinu, farmaciju i zdravstvo, Evropski univerzitet Brčko, BiH

² doktor medicine, RMC „Dr. Safet Mujić“, Mostar, BiH

³ doktorant Fakultet za medicinu, farmaciju i zdravstvo, Evropski univerzitet Brčko, BiH

The research was conducted in the area of the city of Mostar, and it included residents of the Home for the Aged and Infirm, aged from 70 to 90 years. The results obtained by statistical processing show that there are differences in sociodemographic characteristics in terms of self-care ability, of subjects who exercise and subjects who do not engage in physical activity.

Key words: people in mature age, health, physical activity, life needs, quality of life.

Uvod

Prema svim relevantnim istraživanjima i pokazateljima u XXI. Vijku, redovna tjelesna aktivnost predstavlja lijek koji toliko obećava i daje tako dobre rezultate u očuvanju zdravlja, i pouzdano možemo reći da ne postoji niti jedan drugi medicinski tretman ili lijek koji se može uporediti sa efektima tjelesnog vježbanja, naročito kad se radi o zreloj dobnoj skupini stanovništva. Tjelesna vježba predstavlja u medicinskom smislu i preventivu i kurativu, koja je dostupna svakom čovjeku bez obzira na njegov uzrast. Uopšteno kazano, tjelesna neaktivnost (hipokinezija), predstavlja jedan od većih faktor rizika u održavanju i unaprjeđivanju zdravstvenog statusa svake pojedine ljudske jedinice. Prema tome, tjelesna neaktivnost je vrlo snažan faktor rizika za razvoj atrofije zglobova – koštanog i mišićnog tkiva, te sami tim i gubitak biohemijских elemenata (minerala kao i ostalih građivnih, strukturnih i hranjivih materija) u kostima i mišićima, što je izuzetno dominantno kod starijih osoba u poznim godinama. Vodeći zdravstveni problem kod nas kao i u cijelom svijetu jeste Dijabetes tipa II, koji je po medicinskoj statistici jedan od ključnih razloga atrofije krvnih sudova, te samim tim i jedan od glavnih faktora nastanka koronarnih bolesti srca, kao i cerebrovaskularnog infarkta (Međedović, 2015.).

Doktorica Tomek-Roksandić (2009.), u svom istraživanju uticaja tjelesnog vježbanja na strukturu i pokretljivost lokomotornog aparata starijih osoba, navode konstataciju: „Kada bi se tjelesna aktivnost mogla „upakirati“ u formu tablete, bio bi to najpropisivaniji lijek današnjice u svijetu“.

Za starenje možemo reći da je to jedan univerzalan i progresivan proces u prirodi koji zahvaća sve žive organizme, i za koji možemo reći da ga nemožemo zaustaviti, ali ga u svakom slučaju kroz higijenu i kulturu življenja možemo usporiti i oblaćati.

Razvoj i propadanje različitih sposobnosti idu različitim tempom, a razne čovjekove sposobnosti ili karakteristike dostižu svoje maksimalne vrijednosti u različitim životnim periodu, nakon čega dolazi do pada tih vrijednosti koje život znače. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi je od ključnog značaja za nastavak života u poznim godinama, čime se unapređuje opšti zdravstveni status, sa posbnim uticajem na lokomotorni aparat, te samim tim i cjelokupan kardiovaskularni sistem, kao i unos, potrošnju odnosno varenje ranjivih materija. Odmah po dosizanju maksimuma dolazi kratka stagnacija, a zatim lagano opadanje, što se može smatrati početkom starenja. Takve promjene počinju već u petoj deceniji života pojedinih osoba. Proces starenja možemo posmatrati kroz primarne i sekundarne promjene. Primarno starenje (fiziološko starenje ili senescencija) odnosi se na normalne fiziološke procese određene biološkim faktorima, a posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena (npr. menopauza), dok se sekundarno starenje odnosi na patološke promjene i opadanje funkcionalnosti organizma s godinama koje je uzrokovano vanjskim faktorima, uključujući bolest i posljedice negativnih utjecaja tokom godina različite traume, izloženost, vremenu, stresu te konzumacija različitih negativnih materija poput, cigareta, alkohola i drugih različitih opijata.

Pri uobičajenom procesu (prirodnom) starenja prisutan je razvoj bolesti i određene disfunkcije, ali je funkcija svih organskih sistema još uvijek na zadovoljavajućem nivou i nema većih funkcionalnih ograničenja. Kod „patološkog“ starenja, iz genetskih razloga ili zbog lošeg

utjecaja okoline, dolazi do većih funkcionalnih ograničenja uz česta i dugotrajna bolovanja, što može rezultirati problemima s neovisnim življenjem i ograničenom mogućnošću pokretljivosti lokomotornog aparata (Pospiš, 2001).

Današnji način života drastično smanjuje tjelesnu aktivnost ljudi u svim aspektima života. Tehnološko unapređenje, rad i privređivanje oslobođeni su najvećim dijelom komponente fizičkog ljudskog rada.

Tjelesna aktivnost može povoljno utjecati i na neke faktore rizika prema padovima povećanjem mišićne jakosti, povećanjem amplitude pokreta, poboljšavanjem ravnoteže, bržim hodanjem i kraćim vremenom reakcije na promjene u okolini. Ovom problematikom su se još bavili: Kinkela, et al. (2008), Krizmanić, Kolesarić, (1992), Lepan, Leutar, (2012), Lacković-Grgin, et al. (2002), i dr.

Opravdano se postavlja pitanje kako i u kojoj mjeri fizička odnosno tjelesna aktivnost utiče na zdravstveni status starijih osoba i koliki je broj osoba starije dobi koje samostalno vježbaju ili svakodnevno provode neku tjelesnu aktivnost, u svrhu poboljšanja zdravstvenog i radno aktivnog statusa.

2. Metod rada

Obzirom na vremenski period i karakter ovog istraživanja radi se o jednom kratkoročnom transferzalnom istraživanju lokalnog karaktera gdje je napravljen uvid u upućivanje tjelesnih aktivnosti od strane starijih osoba u poznim godinama na području grada Mostara. Rezultati ovog istraživanja prikupljeni su uz pomoć anketnog upitnika kojeg smo konstruisali za potrebe ovog istraživanja.

Uzrak ispitanika

Ovim istraživanjem je bilo obuhvaćeno 286 štićenika Centra za stara i iznemogla lica – osobe Mostar koji svoju djelatnost obavlja na dvije atraktivne lokacije, i to na adresi Tekija br. 40 i adresi Fra Franje Miličevića br. 45, kao i udruga umirovljenika „Neretva“ Mostar. Uzorak ispitanika činili su starije osobe od 68 do 80 godina, prosječne starosne dobi od 74 godina. Prema prirodi problema ovog mini istraživanja, svi ispitanici su bili podjeljeni na dva subuzorka:

- Subuzorak ispitanika koji se aktivno ili povremeno bave nekim od vidova tjelesne aktivnosti (178 ispitanika, odnosno 62,24 % aktivnih ispitanika),
- Subuzorak ispitanika koji prema vlastitoj izjavi sem obavljanja svakodnevnih životnih potreba, ne upražnjavaju bilo kakav vid drugih tjelesnih aktivnosti (108 ispitanika, odnosno 37,76 %).

Uzorak varijabli

Kao što smo već pomenuli, za varijable u ovom istraživanju, odnosno u izradi istraživačkog upitnika koristili smo djelimično skalu zadovoljstva životom (Lacković-Grgin i suradnici, 2002), zatim skalu kvalitete življenja (Krizmanić i Kolesarić, 1992), koje su modificirane aksiomima za upražnjavanje dodatnih tjelesnih aktivnosti.

Anketni upitnik je bio konstruisan po sljedećem: 6 pitanja koja su se odnosila na sociodemografske podatke, 6 pitanja koja su se odnosila se na procjenu funkcionalnih sposobnosti, 6 pitanja koja su se odnosila se na procjenu tjelesnih aktivnosti u slobodno vrijeme, 6 pitanja koja su se odnosila na procjenu individualnog kvaliteta življenja. Anketa je bila anonimnog tipa, a pitanja su bila zatvorenog tipa i na njih se odgovaralo zaokruživanjem

odabranog ponuđenog odgovora, s mogućnošću dodavanja i opisa određene aktivnosti kojom se ispitanici bave ili su se ranije bavili.

Obrada rezultata sa diskusijom

Obrada dobijenih podataka izvršena je pomoću programskog paketa za statističko-matematičku obradu podataka, SPSS 21.0.

Zbog ograničenosti pisanog prostora ovog istraživačkog rada, prikazani su rezultati frekvencije distribucije uzorka prema spolu i načinu življenja po pitanju tjelesne aktivnosti, te funkcionalnih sposobnosti.

Za testiranje razlika između grupa, odnosno starijih osoba koje se aktivno ili povremeno bave dodatnim tjelesnim aktivnostima i onih starijih osoba koje se ne bave, korišten je t-test. Za usporedbu nominalnih kategorijskih varijabli korišten je Hikvadrat test. Prilikom ispitivanja povezanosti koristio se Pearsonov koeficijent korelacije.

U analizi obilježja starijih osoba krenut ćemo od razlika u sociodemografskim karakteristikama ispitanika s obzirom na tjelesnu aktivnost.

U provedbi ankete našao se nešto veći udio muških ispitanika u grupama organizovanog ili individualnog upražnjavanja dodatnih tjelesnih aktivnosti. Više muških ispitanika uglavnom je bilo angažovano u veteranskim sekcijama planinarskog društva "Prenj" Mostar.

Tabela 1. Razlike u spolu uzorka ispitanika između starijih osoba koje se redovito bave tjelesnim aktivnostima i onih koji to ne čine

Uzorak ispitanika	Aktivni		Povremeno		Neaktivni		UKUPNO	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Žene	31	38,75	47	47,96	56	51,85	134	46,85
Muškarci	49	61,25	51	52,04	52	48,15	152	53,15
UKUPNO	80	100	98	100	108	37,76	286	100
χ^2 , p	$\chi^2=4,59$; $df=1$; $p=,004$							

U provedbi ovog istraživanja kod odabira uzorka, imali smo nešto značajniji uzorak muških ispitanika (152 ili 53, 15 %), u odnosu na 134 ili 46,85 % ispitanika ženskog spola.

Kad su u pitanju aktivni ispitanici odnosno ispitanici koji se redovno bave fizičkim, odnosno tjelesnim aktivnostima, njih 80, od kojih je muška populacija bila zastupljena sa 49 ispitanika ili 61,25 %, u odnosu na ispitanike ženske populacije kod kojih je zastupljenost bila sa 31 ili 38,75 %. Kod grupe ispitanika koji su se povremeno bavili dodatnom tjelesnom aktivnošću (njih 98), također je bila dominantna muška populacija (51 ili 52,04 %), u odnosu na žensku populaciju koja je bila zastupljena u omjeru od 47 ili 47,96 %. Evidentna je dominacija muške populacije u istraživanom uzorku ispitanika, po pitanju aktivnog tjelesnog vježbanja, koje se najviše manifestovalo hodanjem pod opterećenjem na višim nadmorskim visinama, odnosno planinarenjem.

U pogledu djela ispitanika istraživanog uzorka, koji se uopšte ne bave nekom od dodatnih tjelesnih aktivnosti također je dominirala muška populacija, a vjerovatno da uticaja na ove rezultate po pitanju spola i dodatnih tjelesnih aktivnosti ima svakako trenutni izbor raspoloživog uzorka ispitanika. Niz ranijih istraživanja na ovu ili sličnu problematiku je potvrđivalo dominaciju ženske populacije kad je u pitanju dodatna tjelesna aktivnost.

Dob Tabla 2. Razlike u dobi između starijih osoba koje se redovito ili povremeno bave tjelesnim aktivnostima i starijih osoba koje to uopšte ne čine

Tjelesna aktivnost	N	M	SD	t	p
Aktivni/Povremeno	178	77,48	5,17	-2,313	,009
Neaktivni	108	57,29	3,82		

Rezultati ovog istraživanja su također pokazali da su osobe starije dobi obuhvaćene ovim istraživanjem, koje se bave nekim oblikom dodatne tjelesne aktivnosti, u prosjeku nešto mlađ hronološke dobi (77,48 godina, SD=5,17), u odnosu na osobe starije dobi koje se nebave (75,22 godine, SD=3,82). Iz rezultata ovog istraživanja možemo također zaključiti da neaktivnost osoba u starijoj dobi raste sa brojem godina.

Teorija smanjene aktivnosti koju su postavili Cumming i Henry još 1961. (prema Schaie i Willis, 2000) objašnjava povlačenje osoba starije dobi iz pojedinih aktivnosti pod utjecajem prije svega narušenog zdravstvenog statusa (između ostalog artritis, osteoporoza, kardiovaskularna oboljenja kao i niz dr.), klimatskih nepogoda, socijalne okoline, ili nekih subjektivnih faktora.

Dobiveni rezultati T-testa, pokazuju da se starije osobe koje se bave aktivno ili povremno različitim tjelesnim aktivnostima i one koje se ne bave statistički značajno razlikuju ($t=2,313$; $p<0,09$).

Dakle, osobe starije dobi uključene u različite dodatne tjelesne aktivnosti u prosjeku su nešto mlađe.

Opravdano se postavljaju pitanja da li su te osobe funkcionalno sposobnije i zadovoljnije životom?

Mnogim istraživanjima već je dokazano da sa rastom godina opadaju funkcionalne sposobnosti, te samim tim i zadovoljstvo ukupnom kvalitetom življenja.

Prema Tomek-Roksandić (1999), funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Funkcionalna sposobnost odnosi se na sposobnost koju pojedinac koristi, ali i na one sposobnosti koje bi mogao koristiti kako bi nadoknadio opadanje određenih drugih sposobnosti.

U ovom istraživanju smo također željeli utvrditi socijalno zdravstveni status, odnosno postojanje razlike u funkcionalnim sposobnostima (sposobnosti samoodrživosti po pitanju svakodnevnih životnih potreba i održivosti mjesta življenja, različitih vidova samozbrinjavanja) između starijih osoba koje se redovno ili povremeno bave dodatnim tjelesnim aktivnostima i osoba koje se uopšte nebave dodatnim tjelesnim aktivnostima.

Tabla 3. T-test za procjenu razlika funkcionalnih životnih sposobnosti u odnosu na upražnjavanje tjelesnih aktivnosti

Varijabla	Tjelesna aktivnost	N	M	SD	t	p
Funkcionalne sposobnosti	Aktivni/Povremeno	178	69,71	2,19	5,043	,003
	Neaktivni	108	57,32	5,02		

Dobiveni rezultati T-testa, pokazuju da se starije osobe koje se bave aktivno ili povremno različitim tjelesnim aktivnostima i one koje se ne bave statistički značajno razlikuju ($t=5,043$; $p<0,03$), u pogledu funkcionalnih životnih sposobnosti.

Dobiveni rezultati nam govore da osobe u starijoj životnoj dobi koje se aktivno ili povremeno bave dodatnom tjelesnom aktivnošću imaju bolju funkcionalnu sposobnost ($M=69,71$; $SD=2,19$) u odnosu na starije osobe koje nisu uopšte uključene u neku od dodatnih

tjelesnih aktivnosti ($M=57,32$; $SD=5,02$). Ovi rezultati treba da budu preporuka za sve osobe u starijoj dobi da se aktivno ili povremeno uključe u dodatne tjelesne aktivnosti po vlastitom izboru, čime će svakako u velikoj mjeri unaprijediti ili u najmanju ruku održati svoje svakodnevne životne funkcionalne sposobnosti, te samim time održati opšti kvalitet življenja na zadovoljavajućem nivou.

U daljnjoj obradi podataka, uradili smo analizu podataka po pitanju zadovoljstva životom starijih osoba, odnosno utvrdili smo da li postoji razlika između zadovoljstva životom starijih osoba koje se bave aktivno ili povremeno dodatnim tjelesnim aktivnostima u odnosu na starije osobe koje uopšte ne upražnjavaju bilo kakav vid dodatnih tjelesnih aktivnosti.

Tabelal 4. T-test za procjenu razlika u zadovoljstvu životom starijih osoba s obzirom na njihovu tjelesnu aktivnost

Varijabla	Tjelesna aktivnost	N	M	SD	t	p
Zadovoljstvo životom	Aktivni/Povremeno	178	45,05	3,66	5,031	,000
	Neaktivni	108	33,81	5,87		

Rezultati T-testa jasno govore da postoji statistički značajna razlika između procjena zadovoljstva životom osoba starije dobi koje se aktivno ili povremeno bave dodatnim tjelesnim aktivnostima i starijih osoba koje se uopšte nebave dodatnim tjelesnim aktivnostima ($t=5,031$; $p<0,000$). Iz tabele 4., je također uočljivo da osobe starije životne dobi uključene u različite dodatne tjelesne aktivnosti ($M=45,05$; $SD=3,66$) pokazuju znatno veći stepen zadovoljstva cjelokupnim životom u odnosu na starije osobe koje se nebave dodatnom tjelesnom aktivnošću ($M=33,81$; $SD=5,87$).

Pregledom rezultata i analizom istih uočljivo je da u svim istraživanim segmentima postoje statistički značajne razlike, kao evidentno opšte zadovoljstvo kvalitetom življenja kod osoba koje se aktivno bave dodatnom tjelesnom aktivnošću.

Zaključak

Na osnovu ovog istraživanja odnosno dobijenih rezultata istraživanja možemo zaključiti da aktivno sudjelovanje starijih osoba u dodatnim tjelesnim aktivnostima doprinosi sveukupnom kvalitetu i zadovoljstvu življenja osoba u starijoj životnoj dobi. Također prema izjavama ispitanika koji se bave aktivno, dodatnom tjelesnom aktivnošću, oni su vremenom stekli tu radnu naviku da im se tjelesna aktivnost u dnevnom rasporedu aktivnosti nalazi kao obavezna aktivnost, za koju tvrde da im je u mnogome unaprijedila kvalitet življenja kao i unaprijedila funkcionalne sposobnosti obavljanja svakodnevnih životnih potreba.

Evidentno je da dodatna tjelesna aktivnost pozitivno utiče na poboljšanje i održavanje svih funkcionalnih sposobnosti, te samim time posredno i na mogućnost što lakšeg samostalnog, dužeg i zdravijeg života osoba u starijoj životnoj dobi. Osobe starije životne dobi po pitanju bavljenja dodatnim tjelesnim aktivnostima znatno se razlikuju i prema spolu, što možemo pripisati individualnoj volji i želji svakog pojedinca, ali svakako idjelom zdravstvenom statusu.

Ovo istraživanje polučilo rezultate slične predhodnim istraživanjima na ovu i sličnu problematiku. Sva naučna istraživanja imaju smisla ukoliko rezultate istih iskoristimo u praktične svrhe, odnosno ukoliko isti rezultati doprinesu razvoju i unapređenju sveukupnog kvaliteta življenja istraživane populacije. Nadamo se da će i rezultati iz ovog mini istraživanja u određenoj mjeri skrenuti pažnju na osobe starije životne dobi i pokrenuti niz praktičnih i edukacijskih akcija kako bi smo osobama u ovoj životnoj dobi unaprijedili, sem zdravstvenog statusa i sveukupan psihofizički i socijalni kvalitet življenja. Razvoj svijesnosti i samosvijesnosti osoba u starijoj životnoj dobi o ulozi i značaju tjelesne aktivnosti u mnogome će doprinjeti razvoju osjećaja samopoštovanja i odgovornosti za vlastito zdravlje, kao i korisnoj društveno socijalnoj pripadnosti. Sve ovo uz individualno zalaganje i podršku socijalne sredine stvara osjećaj većeg zadovoljstva samim sobom i jači osjećaj zadovoljstva raspoloživim životnim vrijednostima u svakodnevnom životu.

Literatura

1. Lepan, Ž., Leutar, Z.(2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Soc. ekol. Zagreb, Vol. 21 (2012.), No. 2
2. Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1992). Priručnik za primjenu Skale kvalitete življenja. Naklada Slap: Jastrebarsko.
3. Kinkela, D., Đonlić, V. i Moretti, V. (2008). Cjeloživotno tjelesno vježbanje za održivi razvoj. Zbornik radova Međunarodne konferencije: Cjeloživotno učenje za održivi razvoj.
4. Lacković-Grgin, K., Proroković, A. ,Ćubela, V., Penezić, Z. (2002). Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Filozofski fakultet, Zadar.
5. Međedović, S. (2015). Kliničko - epidemiološka studija nastanka i razvoja cerebrovaskularnog infarkta i značaj prevencije na području Hercegovačko neretvanskog kantona. Doktorska disertacija. Evropski univerzitet distrikta Brčko
6. Pospis, M. (2001). Cerebralna paraliza i starenje. Starenje i cerebralna paraliza: 9-15. Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Zagreb.
7. Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Naklada Slap, Jastrebarsko.
8. Tomek-Roksandić, S. (2009). Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba.
9. Tanović, I., Pinjić, O., Međedović, S., Jelčić, M.(2024). Sport i zdravlje. Praktikum. Zdravstveni fakultet, Evropski univerzitet Brčko.

REHABILITACIJA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Sažetak

Starenje je prirodan proces koji često dolazi sa smanjenjem fizičke funkcionalnosti, usporenošću pokreta, slabljenjem mišića i poteškoćama pri svakodnevnim aktivnostima poput hodanja i ustajanja. Fizikalna terapija igra ključnu ulogu u poboljšanju kvaliteta života starijih osoba, pomažući im da održe pokretljivost, samostalnost i sigurnost.

Kada kod starijih osoba nastanu funkcijska ograničenja kao posljedica fiziološkog starenja i/ili sekvela bolesti ili ozljeda, gerijatrijska rehabilitacija ih sveobuhvatnim, polimodalnim postupcima ublažava, a osobi pomaže da postigne što veću samostalnost u aktivnostima svakodnevnog života i što bolju kvalitetu života. Starije osobe predstavljaju vrlo heterogenu skupinu npr. po razlici u dobi (npr. između 65 i 85 godina) ili po općem stanju (npr. relativno zdravih i onih s težim bolestima). Cilj rehabilitacije se za svakog bolesnika i planira i ostvaruje individualno, u granicama koje su određene posljedicama procesa starenja, kao i aktualnog zdravstvenog stanja. Rehabilitacija je složen proces osposobljavanja u najvećoj mogućoj mjeri za samostalan rad i život osoba, koje su tu sposobnost izgubile djelomično ili potpuno, radi bolesti, ozljeda ili prirodnih mana. Složena rehabilitacija obuhvaća usmjereno klasično liječenje, zdravstvenu njegu, fizikalnu terapiju, radnu terapiju, potrebna pomagala, invalidski sport i edukaciju svake pa i starije osobe.

Ključne riječi: starija dob, obilježja boli, liječenje, fizikalna terapija, rehabilitacija

Abstract

Aging is a natural process often accompanied by a decline in physical functionality, slower movements, muscle weakening, and difficulties in daily activities such as walking and standing up. Physical therapy plays a crucial role in improving the quality of life for older adults, helping them maintain mobility, independence, and safety.

When functional limitations arise in older adults as a result of physiological aging and/or the aftermath of diseases or injuries, geriatric rehabilitation mitigates these issues through comprehensive, multimodal approaches. It helps individuals achieve the highest possible level of independence in daily activities and enhances their overall quality of life. Older adults represent a highly heterogeneous group, differing in age (e.g., between 65 and 85 years) and general health status (e.g., relatively healthy individuals versus those with severe illnesses). The goal of rehabilitation is individually planned and implemented for each patient within the limits set by the aging process and current health condition.

Rehabilitation is a complex process aimed at enabling individuals who have partially or completely lost their ability to work and live independently due to illness, injury, or congenital

¹Deutsches Herzzentrum der Charité, Berlin Germany

²Nezavisni istraživač

³ Fakultet za medicinu, zdravstvo i farmaciju Evropski Univerzitet Brčko Distrikt

disorders. Comprehensive rehabilitation includes targeted traditional treatment, healthcare, physical therapy, occupational therapy, necessary aids, adaptive sports, and education for all individuals, including older adults.

Keywords: old age, pain characteristics, treatment, physical therapy, rehabilitation

UVOD

Hronološki je starost određena s dobi od 65 godina života, dok je starenje proces koji nije identičan za sve ljude. Naime, na način i brzinu procesa starenja donekle utiču nasljedne osobine, kvaliteta života, prisutnost različitih rizičnih faktora i bolesti, stoga starenje i njegove funkcionalne posljedice različito pogađaju svakog pojedinca. Ipak, zbog fiziološkog starenja, kod većine osoba s vremenom se pojavljuju anatomske promjene koje sporo napreduju, ali u konačnici dovode do pada opće snage, tj. dekonicioniranja. U obilnoj stručnoj publicistici opisane su politopne i polimorfne promjene u procesu starenja koje zahvataju čitav organizam, od koštano-zglobnog sistema, skeletne muskulature, respiratornog sistema, kardiovaskulnog sistema, probavnog sistema, endokrinog sistema i metabolizma, nervnog sistema te kognitivnih funkcija i psihičkog statusa u procesu starenja (Duraković, 2007).

Preventivnim postupcima održavanjem što kvalitetnijeg, „zdravog“ života od ranog djetinjstva i provođenjem dobre medicinske brige kao i naporima za sprječavanje te ranom dijagnostikom i tretmanom hroničnih bolesti može se postići uspješno starenje, što u starijoj dobi rezultira pozitivnim učincima kada funkcionalne sposobnosti osobe nadilaze hronološku dob. Jedna od preventivnih metoda je podsticanje tjelesne aktivnosti, kojom se smanjuje opasnost od padanja, poboljšava ravnoteža i koordinacija pokreta, povećava mišićna snaga, izdržljivost i aerobni kapacitet, što sve doprinosi zdravlju i kvaliteti života.

Na lokomotornom sistemu, starenje dovodi do niza različitih promjena. Značajno se smanjuje snaga, izdržljivost, mišićna masa i gustoća kostiju, te se povećava količina potkožnog masnog tkiva (Adams i sur. 1999). Proces starenja na neuromuskularnom sistemu utiče na strukture i funkcije njegovih dijelova, a posebno na rad mišića (Bellew, 2004), pri čemu je najznačajnije smanjenje broja i veličine mišićnih vlakana. Gubitak mišićne jakosti i mišićne mase neke su od najuočljivijih promjena koje se dešavaju kod starijih osoba (Adams i sur. 1999; Bellew, 2004).

Prema Keoghu (2003), današnje su generacije tjelesno trošnije i manje sposobne izvoditi svakodnevne aktivnosti za razliku od prijašnjih, a razlog tome može biti manje kretanja, smanjen fizički rad i vježbanje u mladosti i u kasnijoj dobi. Gerijatrijska rehabilitacija najvećim dijelom pokriva tri područja: fiziološko starenje zbog istrošenosti i dekonicioniranja; posljedice bolesti kardio - vaskularnog sistema i bolesna stanja koštano-zglobnog sistema. Primarno starenje je očekivano, fiziološko i nezaustavljivo s postupno progresivnim ireverzibilnim promjenama svih organskih sistema. Sekundarno, tj. patološko starenje zavisi od načina života, psihosocijalnih, ekonomskih i zdravstvenih faktora, a posebno od velikog uticaja hroničnih bolesti kao npr. diabetes mellitus, hipertenzija itd.

Motoričke sposobnosti i aktivnosti doživljavaju značajne promjene tijekom života odnosno procesom starenja postaju reducirane i usporene.

Starenje smanjuje funkciju i koordinaciju centralnog nervnog sistema kao objedinjenog odgovora na vanjske podražaje (vizualne, slušne, proprioceptivne). Uzroci mogu biti i posljedica različitih mišićno-koštanih problema koji otežavaju održavanje ravnoteže tijela.

Automatski posturalni refleks koji održava tijelo u balansu i kada se ono nalazi izvan centra gravitacije zahtijeva normalno funkcionisanje mišićno-koštanog sistema. Ako su izražene kontrakture u talokruralnim zglobovima, slabost muskulature ili patološka postura radi deformacije trupa ili amputacije ekstremiteta, strategija održavanja ravnoteže će biti poremećena. U nestabilnim ulovima postupno se pojavljuju problemi održavanja ravnoteže tijela u hodanju a, potom, i padovi. Problem padanja kod starijih ima posebnu težinu. Naime, prema podacima (WHO, 2007). svake godine pad doživi 28-35% osoba starijih od 65 godina, a broj raste na 32-42% za starije od 70 godina. Posljedice padova kod starijih su osoba mnogo teže nego u mlađim dobnim skupinama. Osim boli, straha i osjećaja nesigurnosti, dio padova dovodi i do fizičkih ozljeda, zdravstvenih komplikacija i prijevremene smrti. Padovi se najčešće dešavaju u kući, dok u vanjskom ambijentu, zbog umanjenih senzornih sposobnosti, starije osobe često stradaju kao pješaci u prometnim nesrećama (WHO, 2007). Glavni rizični faktori vezani uz padove starijih osoba dijele se na četiri kategorije: biološke, faktore ponašanja, okolinske i socioekonomske faktore (WHO, 2007). Prema Droughtu (1994) smanjeno kretanje, smanjen fizički rad i aktivnost te nedostatak vježbanja dovodi do progresivnog smanjenja kondicije, a osoba postaje tjelesno trošnja i manje sposobna izvoditi svakodnevne aktivnosti. Smanjen nivo motoričkih sposobnosti i spretnosti uzrok je fizičkim padovima s posljedičnim povredama lokomotornog sistema, iako su padovi koje povezujemo sa starenjem više u vezi s povećanjem neaktivnosti nego povećanjem broja godina.

Na onovu analize 12 istraživanja, Rubenstein (2006) navodi da je u 30-50% slučajeva pad posljedica okolinskih faktora, ali većina padova ipak se pripisuje interakciji između okolinskih opasnosti i povećane osjetljivosti pojedinca kao posljedice starosti i bolesti. To se odnosi na mnoštvo različitih činilaca kao što su oslabljen osjećaj za balans, usporenost u reagovanju, poteškoće u predviđanju nesreće i neadekvatna okolina kojoj su stari ljudi izloženi i koji je često osnovni uzrok nesreće (tepisi, namještaj s oštrim rubovima, neprilagođena kupatila, nedostatak rukohvata, neadekvatna obuća i odjeća). (prema: Bloch R.M., 2007).

Uopšte se padovi smatraju velikim globalnim problemom jer, osim visoke smrtnosti, padovi uzrokuju veliki broj ozljeda i invalidnosti, a glavni su uzrok nepokretnosti u starijoj dobi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization), padovi u starijoj dobi jedan su od vodećih uzroka ozljeđivanja i smrtnosti. Posljedice padova uključuju bol, strah, nesigurnost, ali i ozbiljne fizičke ozljede koje iziskuju hospitalizaciju ili čak dovode do smrti. Glavni uzroci prijema u bolnicu nakon pada su prijelom kuka, ozljeda glave i gornjih ekstremiteta (WHO, 2007).

Oko 5% padova kod osoba u dobi 65 i više rezultira prijelomom, a ta se vrijednost gotovo udvostručuje u osoba starijih od 75 godina (Bloch R.M., 2007).

Specifičnost rehabilitacije starijih osoba

Rehabilitacija starijih bolesnika s bolestima/ozljedama lokomotornog sustava Produžetak životnog vijeka povećao je prevalenciju mišićno-skeletnih problema i tjelesne invalidnosti starijih osoba s velikim socioekonomskim opterećenjem za osobu, za obitelj i za zajednicu. Kod starijih osoba, po učestalosti su najbrojnije degenerativne bolesti zglobova udova (osteoartroza i spondilartroza) i osteoporoza te upalne reumatske bolesti perifernih zglobova i kralježnice. Druga grupa problema su ozljede koštano zglobnog sustava, a posebno su to prijelomi. Bolesnici s prijelomima predstavljaju značajnu i zahtjevnju grupu u

gerontotraumatologiji kao i rehabilitaciji, a među prijelomima je najozbiljniji problem prijelom kuka.

Ciljevi rehabilitacije starijih osoba

1. **Poboljšanje pokretljivosti i fleksibilnosti** kako bi se smanjila ukočenost zglobova.
2. **Jačanje mišića** kako bi se povećala snaga potrebna za obavljanje osnovnih aktivnosti.
3. **Povećanje balansa i koordinacije** kako bi se smanjio rizik od padova.
4. **Smanjenje bola i nelagodnosti** kroz ciljane terapijske metode.
5. **Povećanje samostalnosti** u svakodnevnim aktivnostima, uključujući hodanje, ustajanje i sedenje.

Najčešće poteškoće kod starijih osoba

- Usporeni pokreti i smanjena izdržljivost.
- Slabost mišića koja otežava ustajanje iz kreveta ili stolice.
- Problemi sa ravnotežom koji povećavaju rizik od padova.
- Bol u zglobovima usled artritisa ili drugih degenerativnih bolesti.
- Strah od kretanja zbog prethodnih padova ili nesigurnosti.

Program rehabilitacije: fazni pristup

1. **Početna faza:** Fokus na smanjenju bola i ukočenosti, uz minimalno opterećenje.
2. **Progresivna faza:** Postepeno uvođenje zahtevnijih vežbi koje povećavaju snagu, fleksibilnost i stabilnost.
3. **Faza održavanja:** Osiguranje kontinuirane aktivnosti kako bi se sprečilo pogoršanje stanja.

Prilagođeni programi vežbanja za starija lica

Program vežbi za starije osobe mora biti individualizovan, uzimajući u obzir:

- Postojeće zdravstvene probleme (hipertenzija, dijabetes, artritis, osteoporoza).
- Nivo fizičke kondicije i sposobnosti.
- Step samostalnosti i motivacije.

Prednosti redovne fizikalne terapije kod starijih osoba

1. **Povećanje samostalnosti:** Omogućava starijim osobama da se lakše nose sa svakodnevnim aktivnostima.
2. **Smanjenje rizika od povreda:** Jačanjem mišića i balansa smanjuje se verovatnoća padova.
3. **Poboljšanje kvaliteta života:** Smanjenjem bola i povećanjem pokretljivosti starije osobe se osećaju bolje i samopouzdanije.
4. **Prevenција komplikacija:** Redovna aktivnost smanjuje rizik od tromboze, kontraktura i pogoršanja hroničnih bolesti.

Metode fizikalne terapije za starija lica

1. Kineziterapija (vežbe za pokretljivost i snagu)

Kineziterapija je osnovna metoda u rehabilitaciji starijih osoba, jer pomaže u vraćanju snage, fleksibilnosti i funkcionalnosti.

- **Pasivne vežbe:** Koriste se kod osoba sa izrazito smanjenom pokretljivošću. Fizioterapeut pomera zahvaćene ekstremitete kako bi se smanjila ukočenost zglobova i održala osnovna funkcija.
- **Aktivne vježbe:** Kada pacijent može aktivno učestvovati, uvode se vežbe koje jačaju mišiće nogu, ruku i trupa.
- **Funkcionalne vježbe:** Fokusiraju se na aktivnosti poput ustajanja iz stolice, penjanja uz stepenice i hodanja.

2. Vježbe za balans i stabilnost

Problemi sa ravnotežom su česti kod starijih osoba i jedan su od glavnih uzroka padova. Vežbe za balans uključuju:

- Hodanje po ravnoj liniji.
- Stajanje na jednoj nozi uz podršku.
- Vežbe sa rekvizitima, poput lopti ili elastičnih traka, za poboljšanje stabilnosti trupa.

3. Terapija hodom (gait training)

Mnoge starije osobe imaju poteškoće sa hodom zbog slabosti mišića ili problema sa zglobovima. Terapija hodom uključuje:

- Korekciju načina hodanja.
- Uvođenje pomagala, kao što su štapovi, hodalice ili štake, u skladu sa potrebama pacijenta.
- Postepeno povećanje dužine i intenziteta hodanja.

4. Elektroterapija

Elektroterapija se koristi za smanjenje bola i stimulaciju oslabljenih mišića. Kod starijih osoba sa artritisom ili bolovima u leđima, elektroterapija može značajno poboljšati kvalitet života.

5. Hidroterapija (vežbanje u vodi)

Vežbanje u vodi pruža podršku telu i smanjuje pritisak na zglobove, što je idealno za starije osobe sa bolnim zglobovima ili osteoporozom. Voda omogućava izvođenje pokreta koje bi na suvom bilo teško izvesti, a istovremeno jača mišiće i poboljšava ravnotežu.

6. Masaža i manualna terapija

Masaža pomaže u opuštanju napetih mišića, poboljšava cirkulaciju i smanjuje bol. Manualna terapija dodatno doprinosi povećanju pokretljivosti zglobova i mekih tkiva.

7. Psihološka podrška kroz kretanje

Starije osobe često razvijaju strah od padova ili pokreta zbog prethodnih povreda. Fizikalni terapeut pruža podršku kroz vežbe koje povećavaju samopouzdanje i smanjuju osećaj nesigurnosti.

ZAKJUČAK

Rehabilitacija starijih osoba zahteva multidisciplinarni pristup i posvećenost. Fizikalna terapija, kao ključni deo tog procesa, ne samo da pomaže u vraćanju fizičke funkcionalnosti, već i pozitivno utiče na psihološko stanje pacijenata. Redovna vežba, uz stručnu podršku fizioterapeuta, omogućava starijim osobama da uživaju u većoj samostalnosti, sigurnosti i kvalitetu života. Starenje je prirodan proces koji često dolazi sa smanjenjem fizičke funkcionalnosti, usporenošću pokreta, slabljenjem mišića i poteškoćama pri svakodnevnim aktivnostima poput hodanja i ustajanja. Fizikalna terapija igra ključnu ulogu u poboljšanju kvaliteta života starijih osoba, pomažući im da održe pokretljivost, samostalnost i sigurnost. Preventivnim postupcima održavanjem što kvalitetnijeg, „zdravog“ života od ranog djetinjstva i provođenjem dobre medicinske brige kao i naporima za sprječavanje te ranom dijagnostikom i tretmanom hroničnih bolesti može se postići uspješno starenje, što u starijoj dobi rezultira pozitivnim učincima kada funkcionalne sposobnosti osobe nadilaze kronološku dob. Jedna od preventivnih metoda je podsticanje tjelesne aktivnosti, kojom se smanjuje opasnost od padanja, poboljšava ravnoteža i koordinacija pokreta, povećava mišićna snaga, izdržljivost i aerobni kapacitet, što sve doprinosi zdravlju i kvaliteti života.

LITERATURA:

1. Adams, K., O'Shea, P. I O'Shea, K. L. (1999). Aging: its effects on strength, power, flexibility, and bone density. *Strength Cond. J.* 21(2):65-77.
2. Bellev J. W. (2004). Age Related Motor – Unit Remodeling and Its Effect on Muscle Performance. *Strength Cond. J.* . 26(4):34-37.
3. Bloch R.M. (2007). Geriatric Rehabilitation In: BradomR.L. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Third edition. Saunders Elsevier. 1415-1431.
4. Hardman AE and Stensel DJ. (2009). *Physical activity and health: the evidence explained*. New York: Routledge.
5. Drought J. H. (1994). Resistance Training and Strength Benefits for Elderly Individuals. *Strength Cond. J.*16 (3):26-30.
6. Duraković Z. (2007). Gerijatrija. Zagreb. Medicina starije dobi. C.T.- Poslovne informacije, d.o.o.
7. Keogh J. W. L. (2003). Improving the Functional Ability of the Elderly With Resistance Training. *Strength Cond. J.* 25(1):26-28.
8. Liu-Ambrose, T. i Li, L. C. (2022). Physiotherapy for Healthy Aging. *Physiother. Can.*, 74(1): 1–3.
9. Mikić, B., Bjeković, G. (2004). Biomehanika humane lokomocije. Iatočno Sarajevo. Fakultet za tjelesni odgoj i sport.
10. WHO, (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age.

AKTIVNO STARENJE U SAVREMENOM DRUŠTVU

Apstrakt

Starost, kao fenomen, odavno zaokupljuje pažnju društva. Na položaj starih utiču socijalni, ekonomski, kao i kulturološki faktori jednog društva. Danas je broj starih u Evropi u stalnom porastu. Kvalitetom života označava se opšte blagostanje individue ili zajednice. Indikatori kvaliteta života mogu biti raznovrsni, a najznačajniji su demografski, socioekonomski i zdravstveni faktori, stil života, fizička aktivnost, stres i socijalnu podrška. Neki autori smatraju da redovno vežbanje tokom života ima značajnu ulogu u prevenciji demencija u starosti, kao i opštem poboljšanju kognitivnih sposobnosti. Moguće je da na ovaj način, redovna fizička aktivnost posredno utiče na očuvanje i normalno funkcionisanje moždanog sistema koji je vitalan za normalno mišljenje, učenje i pamćenje. Fizička aktivnost i vežbanje potencijalno mogu povoljno da utiču i na ostale psihičke funkcije poput pažnje, opažanja, i emocija, odnosno raspoloženja.

Cilj rada je da se prikaže uticaj fizičke aktivnosti na kognitivne funkcije tokom procesa starenja. Rad je napisan kao pregledni rad. Dosadašnja istraživanja su pokazala pozitivne efekte redovnog vežbanja starijih osoba na njihovo zdravlje, uključujući smanjenu smrtnost, smanjenu opasnost od padova i poboljšan kvalitet života.

Ključne reči: stari; kvalitet života; fizička aktivnost

Abstract

Old age, as a phenomenon, has long occupied the attention of society. The position of the elderly is influenced by social, economic, and cultural factors of a society. Today, the number of old people in Europe is constantly increasing. Quality of life refers to the general well-being of an individual or community. Indicators of quality of life can be diverse, and the most important are demographic, socioeconomic and health factors, lifestyle, physical activity, stress and social support. Some authors believe that regular exercise during life has a significant role in the prevention of dementia in old age, as well as in the general improvement of cognitive abilities. It is possible that in this way, regular physical activity indirectly affects the preservation and normal functioning of the brain system, which is vital for normal thinking, learning and memory. Physical activity and exercise can potentially have a beneficial effect on other psychological functions such as attention, perception, and emotions, that is, mood.

The aim of the manuscript is to show the impact of physical activity on cognitive functions during the aging process. The manuscript is written as a review paper. Previous research has shown positive health effects of regular exercise in older adults, including reduced mortality, reduced risk of falls, and improved quality of life.

Keywords: old; quality of life; physical activity

¹ Evropski fakultet Kallos, Beograd, R. Srbija

UVOD

Zdravlje predstavlja jednu od najvećih vrednosti svakog pojedinca, društva i zajednice u celini. U 21. veku zdravlje određuju brojni društveni trendovi, ali istovremeno zdravlje utiče na iste. Starenje stanovništva predstavlja jednu od najvećih društvenih transformacija. Uskoro, svet će imati više starijih ljudi nego dece i biće više veoma starijih ljudi nego ikada ranije.

Prema podacima Republičkog zavoda Srbije za statistiku iz juna 2023. godine Srbija ima 6.623.183 stanovnika; 51,4% čine žene, a 48,6% muškarci, dok je prosečna starost stanovništva 43,9 godina. Time je Republika Srbija jedna od zemalja sa najvećom prosečnom starošću u svetu.

Starenje se sagledava kao kontinuirani proces u razvoju živih organizama. Proces starenja je proces koji je progresivan, uz dešavanje brojnih promena na molekularnom, ćelijskom i organskom nivou. Tokom starenja se događaju razne promene, kao fizičke, kao što su slabljenje funkcija svih organskih sistema, takođe javljaju se mentalne, psihičke promene, kao što su promena raspoloženja, kao i promene kognitivnih funkcija. Zato pri definisanju starenje, mora se sagledati fizički, kognitivni i emocionalni aspekt. Na proces starenja imaju uticaj i genetska osnova svakog pojedinca, kao i način života. U procesu starenja javljaju se psihičke, kognitivne, socijalne i strukturalne promene pojedinca. [1] Starenje počinje između 50. i 60. godine života, a kao subjektivan najraniji znak starenja je zaboravnosti usporeno reagovanje, koju primećuje i sam pojedinac. [2]

Starost, kao fenomen, odavno zaokuplja pažnju društva. Imajući u vidu da je starenje neizbežan biološki

proces, visoko interesovanje za ovu pojavu je sasvim opravdano.

Starošću se najčešće smatra poslednje životno razdoblje čoveka, odnosno, kasno odraslo doba. Ovakav koncept je neodređen, i zavisi od karakteristika određenog društva. Prema SZO, u razvijenim zemljama se 65. godina života uzima kao prelomna godina, i tada se osoba može smatrati starom. [3]

PROMENE KOD STARIH OSOBA

U starosti egzekutivne funkcije su prve kognitivne funkcije koje počinju da se smanjuju. Nakon njih počinju da opadaju i ostale kognitivne funkcije kao što su opažanje, pamćenje, mišljenje, ali i neke druge funkcije, kao što su razumevanje i mišljenje, ostaju sačuvane. [4]

Kod nekih starih osoba dolazi i do demencije koja je organski poremećaj moždanog tkiva, uz progresivno propadanje. Demencija u najširem smislu se ogleda kroz opadanje kognitivnih funkcija, kao što je gubitak pamćenja, zbunjenost, promene raspoloženja i ličnosti, teškoće s planiranjem i izvršavanjem zadataka. Osoba ima teškoće koje joj onemogućuju samostalan život. [4]

Promene psihičkog života pojedinca u starenju javljaju se i na intelektualnom, emocionalnom i motivacionom planu. Za stare osobe je karakteristično da se smanjuje stepen zainteresovanosti za dešavanja na svakodnevnom planu, gubi se interes za druženje sa prijateljima. Stariji ljudi imaju poteškoće prilikom snalaženja u novim situacijama, kao i da se brzina reagovanja smanjuje. [5]

Stare osobe često imaju subjektivni osećaj da ne mogu da se sete nekog pojma, „na vrhu jezika”, ali uprkos tome istraživanja su pokazala da je semantička memorija ostaje dugo stabilna. Dolazi do pada semantičkog pamćenja, bez obzira što je već formiran fond reči. [6]

Radno pamćenje je aktivna egzekutivna funkcija, jer zahteva napor, koja omogućava privremeno pamćenje, tj. zadržavanje informacija koje su neophodne za složene kognitivne zadatke kao što je učenje. Tako je u istraživanjima zaključeno da su sposobnosti radne memorije izuzetno osetljive na proces starenja.

Planiranje je sposobnost da se napravi neki plan kojim će se postići određeni cilj. Planiranje, tj. postavljanje cilja je osnovna radnja za obavljanje nekog zadatka, jer se tako predviđaju koraci koji se moraju učiniti. [7]

Posledice dešavanja promena u kognitivnom funkcionisanju kod starih su brojne; pogađaju samu staru osobu, ali i njenu porodicu i društvo u celini. Opadanje kognitivnih funkcija tokom proces starenja je ipak individualnog inteziteta, a važan su s jedne strane genetski faktori, a sa druge strane i faktori sredine, način života, ishrana, razni stresovi. Na ubrzan proces starenja utiče i usamljenost. [8]

Često se starije osobe osećaju odbačenim, i nisu zadovoljne kvalitetom svog života. Zadovoljstvo životom predstavlja subjektivni osećaj dobrobiti, a koji u nekoliko zavisi od zdravstvenog statusa osobe, od socijalnog, kulturnog aspekta kao i sredine. U zavisnosti od toga koliko je očuvan kognitivni status pojedinca, toliko će isti biti zadovoljan svojim životom [9].

ODNOS DRUŠTVA PREMA STARIMA

Odnos prema starima je određen karakteristikama društvene zajednice. Na položaj starih utiču socijalni, ekonomski, kao i kulturološki faktori jednog društva. U prošlosti, u zavisnosti od stepena razvitka društva i specifičnih nepisanih normi i običaja, odnos prema starima varirao je od dubokog poštovanja, do nepoželjnosti. [10]

S napretkom civilizacije, menja se i odnos prema starosti. Razvija se penzioni sistem i napuštaju se stari stavovi po kojima se starost poistovećuje s bolešću i nemoći. Starost se sada naziva “trećim dobom” ili

aktivno starenje. Radni vek se produžava, jer je i životni vek duži. Danas je broj starih u Evropi u stalnom porastu. Moderne države nastoje da stvore uslove za implementaciju sveobuhvatnih strategija koje su usmerene na stare, njihovu dobrobit, zdravlje i kvalitet života.

Uloga porodice u zadovoljavanju potreba starih u Srbiji je značajna i višestruka – najveći broj starih oslanja se na porodičnu podršku u zadovoljavanju različitih potreba, prtpostavlja se da je to i preko 90% starih“. [11]

KVALITET ŽIVOTA

Zdravo starenje je mnogo više nego samo odsustvo bolesti. Zdravo starenje sastoji se u tome da tokom celog života se prave zdravi izbori i donose zdrave odluke, što bi omogućilo fizički aktivnost u svim fazama života uključujući i starost.

Posmatrati zdravo starenje kroz ceo životni ciklus važno je za starije, ali je još važnije za mlade ljude, jer izbori i aktivnosti koje se rade u mlađim godinama utiču na pojedinca u starosti.

Starenje se ne može sprečiti, ali se može sprečiti nezdravo starenje. Važno je svakodnevno donositi dobar izbor da se uživa, imati vremena za prijatelje.

Kvalitetom života označava se opšte blagostanje individue ili zajednice. Indikatori kvaliteta života mogu biti raznovrsni i imaju različiti individualni značaj na različite populacije. [12]. Kvalitet života u vezi sa zdravljem (HRQOL) odnosi se na procenu o tome kako prisustvo različitih bolesti utiče na opšte blagostanje čoveka. [13] Pored medicine, kvalitetom života, njegovim različitim aspektima i značajem kvaliteta života bave se i psihologija, sociologija, političke nauke i ekonomija.

Za merenje kvaliteta života razlikuju se dva aspekta blagostanja: emocionalno blagostanje, i evaluacija sopstvenog života [14], [15].

Istraživanja pokazuju da postoje značajne razlike u uticaju pola na četiri parametra kvaliteta života: fizičko zdravlje, psihološko zdravlje, socijalne veze i okruženje. Žene imaju znatno niže vrednosti što ukazuje na niži kvalitet života. [16]

Takođe, uticaj religioznosti i osećaj verske pripadnosti je još jedan od faktora koji se mogu povezati sa stilom života, a koji utiču na osećaj ličnog zadovoljstva. [17].

Što je kvalitet života niži, životni vek mnogo kraći što je slučaj u Afričkim zemljama. [3]

Razlike u oceni kvaliteta života između muškaraca i žena mogu se objasniti kulturološkim uticajima, društvenim položajem i biološkom uslovljenošću.

Pored proučavanja veze između kvaliteta života i pola, često su istraživane razlike kvaliteta života između urbane i ruralne populacije. Sorensen i saradnici su utvrdili da ljudi na selu imaju viši stepen zadovoljstva života, u odnosu na ljude u gradovima, onda kada su socioekonomski faktori stabilni. [18]

STIL ŽIVOTA

Od socio-ekonomskih faktora, prvenstveno se misli na zaposlenost, prihode i dostupnost materijalnih dobara. [19]

Subjektivno zadovoljstvo (sreća) je dovedeno u vezu sa ukupnim prihodom domaćinstva, bogatstvom i klasnim razlikama. [20] Istraživanje sprovedeno u Kini procenjuje da ekonomski stres negativno utiče na indikatore kvaliteta života, kao što su kvalitet medicinske nege i mentalno blagostanje. Ekonomski stres takođe povećava mortalitet kod starih koji žive u ruralnim područjima. Ipak, ekonomski stres nema uticaj na mortalitet starih u urbanim područjima. [21] Ekonomski faktori imaju uticaj na kvalitet života, ali kvalitet života ne zavisi samo od ekonomskih faktora. Ne treba zanemariti ni ulogu socijalne podrške i njen zaštitni uticaj.

Često su neke loše navike i ponašanje štetne po zdravlje. I onda se dešava da vremenom ljudi počnu da posmatraju te navike kao deo sopstvene ličnosti. Prvi korak u menjanju navika štetnih po zdravlje je da se osvesti da je neko ponašanje štetno i ako se na isto ne može uticati, onda ga držati pod kontrolom. Zatim sledi odluka da se ta navika promeni, i zameni drugom pozitivnom. Nakon nekoliko dana, mozak će početi da prepozna novu naviku i postaće sve lakše da se kaže „ne” navikama štetnim po zdravlje.

Stil života je još jedna od determinanti kvaliteta života. Uticaj načina života na zdravlje pojedinca je neosporno i potvrđeno brojnim istraživanjima. Prehrambene navike mogu da budu uzrok mnogih bolesti i opšteg lošeg zdravstvenom stanja. Gojaznost je kompleksna bolest koja ima uticaja na kvalitet života i subjektivno blagostanje čoveka. Rezultati istraživanja koje su Giuli i saradnici sprovedili su pokazali manje zadovoljstvo životom kod gojaznih i onih sa prekomernom telesnom težinom, u odnosu na normalno uhranjene. [22]. Fizička aktivnost je još jedan je od faktora koji utiče na zdravlje. Francuska studija objavljena 2013. godine, utvrdila je da je fizička aktivnost i sportsko angažovanje gotovo uvek povezano sa boljim kvalitetom života. [23].

UTICAJ FIZIČKE AKTIVNOSTI NA STARENJE

Značaj fizičke aktivnosti je veliki. Naučnici raznih oblasti medicine izučavaju uticaj fizičke aktivnosti na posebne sisteme organizma, kao i organizma u celini. [24], [25] Više puta je dokazan značaj redovnog bavljenja fizičkom aktivnošću na održavanje zdravlja, kao i prevenciju raznih bolesti. Poseban značaj fizičke aktivnosti se vidi kod starih osoba. [26], [27]

Fizička aktivnost i vežbanje su jedne od preporuka za zdravo starenje i predstavljaju važnu stavku u

promovisanju mentalnog zdravlja i blagostanja starih. [28] Olson navodi da javno zdravlje treba da se bavi promocijom fizičkog i mentalnog zdravlja starih. [29]

Fizička aktivnost i vežbanje su preporučeni od strane Svetske zdravstvene organizacije kao bitan resurs za očuvanje mentalnog zdravlja i blagostanja starih [30]. Pojam fizička aktivnost podrazumeva različite forme aktivnosti koje mogu da sprovode stare osobe kao što su pešačenje, vožnja bicikla, plivanje i druge aktivnosti. Pojam vežbanja podrazumeva osmišljene, planirane fizičke aktivnosti kojima je cilj pozitivan efekat na celokupno somatsko i psihičko zdravlje čoveka. [26], [31]

Cilj mnogih istraživanja je da nađe način kako da osoba normalno stari. Starije osobe već odlaskom u penziju, tj. smanjenjem društvenih uloga mogu da izgube osećaj sopstvene bitnosti. [32] Vežbanje je važno za ljude svih generacija, pogotovo starih, jer je vežbanje važna stavka za normalnu funkciju organizma u celini, od očuvanja snage, fleksibilnosti i ravnoteže, a zatim i mentalnih aktivnosti i sprečavanje rizika od pada i preloma kostiju, što je izuzetan problem kod starih osoba, do sprečavanja demencije i depresije. Redovna fizička aktivnost i vežbanje smanjuje rizik za pojavu hroničnih nezaraznih bolesti kao što su bolesti srca i krvnih sudova i šećerna bolest. [31]

Fizička aktivnost u starijem životnom dobu zavisi pre svega od odnosa prema fizičkoj aktivnosti koja je inače bila tokom života, a zavisi i od faktora kao što je aktuelna porodična situacija.

U starosti postoje kontraindikacije za vežbanje ukoliko postoji propratno oboljenje. U mnogim istraživanjima navedeno da je joga program vežbanja koji nema kontraindikacija za stare osobe. [32]

U procesu starenja, dešavaju se promene mentalnog statusa i nivoa mentalnog funkcionisanja, tako se u istraživanjima u kojima se koriste skale za ispitivanje i praćenje kognitivnih funkcija kod starih moraju prilagoditi starim osobama. Jedan deo starih ljudi uspeva da kompenzuje pad funkcionalnosti, tako što menjaju nivo svoje svakodnevne aktivnosti, pa to nije tako evidentno. Tako da se opadanje može uočiti samo na skalama koje se primenjuju za staru populaciju. [33]

ZAKLJUČAK

Posljednjih godina, kvalitet života nalazi se u fokusu javno zdravstvenih politika usmerenih za stare. Starenje je prirodan fiziološki proces koji se može učiniti sporijim i manje problematičnim, Primenom medicinskih znanja i veštine. Na taj način će se očuvati vitalnost i smanjiti ili čak ukloniti osnovne tegobe starosti pojedinca.

Socijalna mreža i socijalna podrška, promene u porodici, kao i zdravstveni faktori uključujući očuvanje mentalnog zdravlja, stil i način života, duhovnost i religioznost u starosti, promene u socioekonomskom položaju i društvenim ulogama, neke od tema čiji je uticaj u podizanju i očuvanju kvaliteta života potvrđen brojnim naučnim studijama.

Najnovijim istraživanjima se ističe važnost fizičke aktivnosti i vežbanja za očuvanje kognitivnih funkcija i unapređenje kvaliteta života starijih osoba, Mnogobrojna istraživanja su pokazala značajne pozitivne efekte redovnog vežbanja starijih osoba na fizičko i psiho-socijalno zdravlje, i poboljšanje kvaliteta života.

U narednom period treba implementirati ova znanja u nacionalnim i globalnim strategijama, u cilju promovisanja zdravog i aktivnog starenja.

REFERENCE

- [1].. Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry* 2010; 9: 78–84.
- [2].. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2010. (<http://medlib.mef.hr/824/1/brajkovic.pdf>).
- [3]. World Health Organization, National Institute on Aging, U.S. Department of Health and Human Services. Global health and aging. NIH Publication no. 11-7737. Geneva: World Health Organization, 2011. (www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).
- [4]. Coley N, Giulioli C, Aisen PS, Vellas B, Andrieu S. Randomised controlled trials for the prevention of cognitive decline or dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2022; 82: 101777.
- [5]. Birren JE, Schaie KW. *Handbook of the psychology of aging*. New York: Academic Press, 2010.
- [6]. Vestergren P, Nilsson LG. Perceived causes of everyday memory problems in a population-based sample aged 39-99. *Appl Cogn Psychol* 2011; 25: 641–6.
- [7].. Luis EO, Arrondo G, Vidorreta M, Martínez M, Loayza F, Fernández-Seara MA, Pastor MA. Successful working memory processes and cerebellum in an elderly sample: a neuropsychological and fMRI study. *PLoS One* 2015; 10: e0131536
- [8]. Papenberg G, Lindenberger U, Bäckman L. Aging-related magnification of genetic effects on cognitive and brain integrity. *Trends Neurosci* 2015; 19: 506-14.
- [9]. Hollingshaus MS, Utz RL. Depressive symptoms following the diagnosis of major chronic illness. *Soc Ment Health* 2013; 3: 22–39. living in a retirement home. *Vojnosanit Pregl* 2016; 73: 42–6.
29. Hollingshaus MS, Utz RL. Depressive symptoms following the diagnosis of major chronic illness. *Soc Ment Health* 2013; 3: 22–39.
- [10]. Drča J. *Društvo i stari*. Novi Sad: Prometej, 2013
- [11]. Vuković D, Natalija Perišić N, ur. Rizici i izazovi socijalnih reformi. Beograd: Fakultet političkih nauka, 2012.
- [12]. Gregory D, ed. *The dictionary of human geography*. 5th ed. Malden: Blackwell, 2017.
- [13].. HRQOL Concepts. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion , Division of Population Health, Centers for Disease Control and Prevention 2018. (www.cdc.gov/hrqol/Heydari-Heydari-concept.htm).
- [14]. Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107: 16489-93.
- [15]. Despotović M. Socijalna podrška kao faktor kvaliteta života starih sa hipertenzijom. Doktorska disertacija. Kragujevac: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, 2014.
- [16]. Liang Y, Li S. Landless female peasants living in urban villages in China have poorer quality of life than males: results from a household study in the Yangtze River Delta region. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 71. (doi: 10.1186/1477-7525-12-71).
- [17]. Heydari-Fard J, Bagheri-Nesami M, Shirvani MA, Mohammadpour RA. Association between quality of life and religious coping in older people. *Nurs Older People* 2014; 26: 24-30.
- [18].. Sorensen JFL. Rural–Urban Differences in Life Satisfaction: Evidence from the European Union. *Regional Studies* 2014; 48: 1451-66.
- 19]. Despotović M. i saradnici. Socijalni aspekti starenja i kvaliteta života starih **P O N S M e d Č 2 0 1 8 / P O N S M e d J 2 0 1 8 ; 1 6 (2) : 7 6 - 8 2**
- [20]. Suh MG. Quality of life and happiness: the myth of development in South Korea. *Korea Observer* 2014; 45: 61- 86.
- [21]. Yeung W, Xu Z. Economic stress, quality of life, and mortality for the oldest-old in China. *Soc Indic*
- [22]. Giuli C, Papa R, Bevilacqua R, et al. Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1-17.
- [23]. Omorou Y, Erpeldin ML, Escalon H, Vuillemin A. Contribution of taking part in sport to the association between physical activity and quality of life. *Qual Life Res* 2013; 22: 2021-9.
- [24]. Li JW, O'Connor H, O'Dwyer N, Orr R. The effect of acute and chronic exercise on cognitive function and academic performance in adolescents: a systematic review. *J Sci Med Sport* 2017; 20: 841-8.

- [25].. Archer T, Ricci S, Massoni F, Ricci L, Rapp-Ricciardi M. Cognitive benefits of exercise intervention. Clin Ter 2016; 167: e180-e185.
- [26].. Fleiner T, Leucht S, Förstl H, Zijlstra W, Haussermann P. effects of shortterm exercise interventions on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a systematic review. J Alzheimers Dis 2017; 55: 1583-94.
- [27]..Chang YK, Pan CY, Chen FT, Tsai CL, Huang CC. Effect of resistance exercise training on cognitive function in healthy older adults: a review. J Aging Phys Act 2012; 20: 497-517.
- [28]..Bredesen DEB. Reversal of cognitive decline: a novel therapeutic program. Aging 2014; 6: 707–17.
- [29]. Olson, SJ. Public health for an aging society. Health Promot Pract 2013; 14: 7–9.
- [30]. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization Press, 2010.
- [31]. Milanović A.,Đerić A., Pucar N. Uticaj fizičke aktivnosti na kognitivne funkcije kod starije populacije P O N S M e d J 2 0 2 4 / P O N S M e d Č 2 0 2 4; 26-32
- [32]... Paillard T. Preventive effects of regular physical exercise against cognitive decline and the risk of dementia with age advancement. Sports Med Open 2015; 1: 20.
- [33].. PavlovićD, PavlovićA. Neuropsihološka dijagnostika. Beograd: Orion Art, 2013.

PREDNOSTI NISKO-INTEZIVNIH SPORTSKIH AKTIVNOSTIAEROBNOG TIPA ZA STARIJE OSOBE (HODANJE, TRČANJE. PLIVANJE, JOGA)

Sažetak

Starenje je prirodan proces koji donosi brojne fiziološke i funkcionalne promene u organizmu, uključujući smanjenje mišićne mase, smanjenje gustine kostiju, smanjenu fleksibilnost i opadanje aerobnog kapaciteta.

Zbog smanjene fleksibilnosti, te promena na tetivama i mišićima, rizici na insistiranju da se starije osobe zadrže u sportovima gde postoje eksplozivni pokreti tipa fudbala, košarke, hokeja na ledu, te borilačkih sportova i tome slično je izlaganje riziku starije populacije se od ruptura i trauma mišića, te poveda tetiva, jer svi mišići imaju svoja hvatišta preko tetiva na kostima, te eksplozivni pokreti mogu biti uzrok povreda.

Ipak, redovna fizička aktivnost može značajno usporiti ove povrede, ali ne zadugo. Te se zbog toga preporučuju *niskointenzivni sportovi*. tako mogu biti trajno rešenje za stariju populaciju u smislu poboljšanja kvaliteta života starijih osoba, te odlaganja starosnih promena i nastanka oboljenja. Nisko-intenzivne aktivnosti, poput hodanja, trčanja, plivanja i joge, posebno su korisne jer nude siguran i efikasan način za održavanje fizičke kondicije, zdravlja srca, mentalne oštine i opšteg blagostanja. Ovaj rad istražuje prednosti ovih aktivnosti sa fiziološkog, zdravstvenog i psihološkog aspekta.

BENEFITS OF LOW-INTENSITY AEROBIC SPORTS ACTIVITIES FOR THE ELDERLY (WALKING, RUNNING, SWIMMING, YOGA)

Abstract

Aging is a natural process that brings numerous physiological and functional changes in the body, including a decrease in muscle mass, a decrease in bone density, reduced flexibility and a decrease in aerobic capacity.

Due to reduced flexibility, and changes in the tendons and muscles, the risks of insisting that the elderly stay in sports where there are explosive movements such as football, basketball, ice hockey, and martial arts, and similarly, the elderly population is exposed to the risk of ruptures and trauma to the muscles and tendons, because all muscles have their grips over the tendons on the bones, and explosive movements can be the cause of injuries.

However, regular physical activity can significantly slow down these injuries, but not for long.

Low-intensity sports can thus be a permanent solution for the elderly population in terms of improving the quality of life of the elderly, and delaying age-related changes and the onset of diseases.

¹ Veselin Bunčić, vanredni profesor, EUBD, Brčko distrikt

² Halas Mihalj, prof fizičke kulture, Segedin, srednja škola

³ Goran Zečević. Dipl. Mendžer bezbjednosti, Ministarstvo Pravde RS, KPZ Dobo

Low-intensity activities, such as walking, running, swimming, and yoga, are especially beneficial because they offer a safe and effective way to maintain physical fitness, heart health, mental acuity, and overall well-being. This paper explores the benefits of these activities from a physiological, health and psychological perspective.

Predmet rada:

Fiziološki, psihološki i socijalni efekti nisko intenzivnih sportskih aktivnosti kod starijih osoba.

Problem istraživanja:

U savremenom društvu, veliki broj starijih osoba vodi sedentarni način života, što dovodi do brojnih zdravstvenih problema. Nedovoljno je prisutan sistematski pristup promociji i implementaciji nisko intenzivnih fizičkih aktivnosti koje mogu doprineti očuvanju zdravlja i kvaliteta života u starijoj dobi.

Cilj rada:

Analizirati i objasniti prednosti redovnog praktikovanja nisko intenzivnih sportskih aktivnosti (hodanje, lagano trčanje, plivanje i joga) kod osoba starije životne dobi, sa akcentom na fizičko, mentalno i socijalno blagostanje.

Metod izrade rada:

Teorijska analiza dostupne stručne literature iz oblasti sporta, medicine i gerontologije.

Komparativna analiza različitih aktivnosti (hodanje, trčanje, plivanje, joga) po zdravstvenim benefitima. Deskriptivna metoda u prikazu pozitivnih efekata svake aktivnosti.

1. Fiziološke prednosti nisko-intenzivnih aktivnosti

Cilj ovog rada je da analizira prednosti nisko-intenzivnih fizičkih aktivnosti kod starijih osoba, sa fokusom na četiri ključne aktivnosti: hodanje, trčanje, plivanje i jogu. Rad će istražiti fiziološke, zdravstvene i psihološke benefite ovih aktivnosti, kao i preporuke za njihovo bezbedno izvođenje u starijem životnom dobu.

Prije svega ove navedene sportske aktivnosti su relativno jeftine i dostupne širokoj populaciji, jer ne zahtevaju skupe rekvizite, posebne objekte i opremu (izuzev plivanja u zimskom periodu), te uz malu instruktažu, ukoliko smo se konsultovali sa lekarom, možemo početi sa sprovođenjem ovih sportskih aktivnosti. Aerobne aktivnosti su posebno pogodne za širu populaciju jer obezbeđuju pored svega i optimalan napor srca i krvnih sudova, jer je puls u granicama od 120 otk/min do 160 otk/min kod trčanja i plivanja, što je zona umerenog naprezanja, koja je najoptimalnija za unapređenje zdravlja.

1.1. Očuvanje mišićne mase i funkcionalne snage

Redovne aktivnosti poput hodanja i plivanja pomažu u sprečavanju sarkopenije (gubitka mišićne mase povezanog sa starenjem).

Aktivacije mišića tokom hodanja i joga poboljšavaju snagu donjih ekstremiteta i posturalnu stabilnost, smanjujući rizik od padova. Iako specifična istraživanja koja direktno povezuju mišićnu masu kvadricepsa sa dužinom života nisu široko dostupna, postoje dokazi koji ukazuju na značaj mišićne snage kvadricepsa za ukupno zdravlje i smrtnost.

Studija "Health, Aging and Body Composition" izveštava da je smanjena snaga kvadricepsa povezana sa povećanom smrtnošću kod starijih osoba. Slično, istraživanje je pokazalo da su

smanjena izometrijska snaga nogu i povećan obim struka povezani sa većim rizikom od smrtnosti. Ovi nalazi sugeriraju da održavanje snage kvadricepsa može biti ključno za smanjenje rizika od smrtnosti kod starijih osoba.

Pored toga, poznato je da se sa starenjem smanjuje mišićna masa i snaga, što može dovesti do sarkopenije-stanja karakterisanog gubitkom mišićne mase i funkcije mišića. Sarkopenija je povezana sa povećanim rizikom od padova, smanjenom pokretljivošću i većom smrtnošću. Stoga, redovna fizička aktivnost, posebno vežbe snage usmerene na donje ekstremitete, mogu pomoći u održavanju mišićne mase i snage kvadricepsa, što može doprineti boljem kvalitetu života i potencijalno dužem životnom veku. Iako specifična istraživanja koja povezuju mišićnu masu butine (nadkolenice) i dužinu života nisu direktno dostupna, postoje studije koje ukazuju na značaj ukupne mišićne mase i snage za dugovečnost.

Gubitak mišićne mase, poznat kao sarkopenija, značajno povećava rizik od smrtnosti kod osoba starijih od 45 godina, sa smanjenjem mišićne snage od 8% po deceniji. Jedno istraživanje objavljeno u časopisu *Experimental Gerontology* pokazalo je da merenje obima lista (*m.triceps sure*), može predvideti ovaj rizik, posebno kod osoba starijih od 80 godina. Muškarci sa obimom lista manjim od 30 cm i žene sa manje od 28 cm imaju trostruko veći rizik od smrtnosti.¹

Tonirani mišići smanjuju i rizik od padova i postoperativnih komplikacija, što je povezano sa manjom verovatnoćom smrtnosti iz bilo kog uzroka. Ovo istraživanje objavljeno u časopisu *Experimental Gerontology* je pratilo 364 starije osobe tokom 10 godina, pokazujući da su oni sa manjim obimom lista imali veću stopu smrtnosti. Stručnjaci preporučuju redovnu fizičku aktivnost i kvalitetan san za održavanje mišićne mase i smanjenje rizika kod starijih osoba. Održavanje mišićne mase i snage ključno je za smanjenje rizika od padova kod starijih osoba. Smanjenje mišićne mase, poznato kao atrofija, dovodi do slabljenja tjelesne funkcije i povećava rizik od padova. Redovna fizička aktivnost, uključujući vežbe snage i ravnoteže, može poboljšati mišićnu funkciju i smanjiti učestalost padova.

Iako se ovo istraživanje fokusira na obim lista, postoji slična veza postoji i između mišićne mase butine i dužine života, s obzirom na važnost mišićne mase u celokupnom zdravlju i funkcionalnosti, što sve ukazuje na korisnost hodanja i laganog trčanja na prevenciju bolesti i kvalitetan produžetak života.

1.2. Poboljšanje kardiovaskularnog zdravlja

Hodanje i plivanje pozitivno utiču na krvni pritisak i smanjuju rizik od srčanih oboljenja.

Studije pokazuju da 150 minuta nisko-intenzivne aktivnosti nedeljno može smanjiti rizik od moždanog udara i infarkta.

Redovna fizička aktivnost od najmanje 150 minuta nedeljno niskog do umerenog intenziteta, kao što su hodanje, vožnja bicikla ili plivanje, značajno smanjuje rizik od kardiovaskularnih bolesti, uključujući infarkt miokarda. Ove aktivnosti poboljšavaju kontrolu glikemije, smanjuju krvni pritisak i doprinose smanjenju telesne mase, što su ključni faktori u prevenciji srčanih oboljenja.

Pored toga, istraživanja su pokazala da i kraći periodi intenzivnije fizičke aktivnosti mogu imati značajne koristi za zdravlje srca. Na primer, studija objavljena u *British Journal of Sports Medicine* otkrila je da samo četiri minuta intenzivne aktivnosti dnevno, poput penjanja uz stepenice, može smanjiti rizik od srčanog udara kod žena za do 51%.

Ovi nalazi naglašavaju važnost redovne fizičke aktivnosti, bilo da je reč o nisko-intenzivnim vežbama raspoređenim tokom nedelje ili kraćim intervalima intenzivnije aktivnosti, u smanjenju rizika od kardiovaskularnih bolesti.

Studija objavljena u British Journal of Sports Medicine istraživala je uticaj kratkih, intenzivnih aktivnosti na rizik od kardiovaskularnih bolesti kod žena. Istraživači su analizirali podatke iz UK Biobank studije, koja je obuhvatila preko 81.000 sredovečnih učesnika koji su nosili akcelerometre tokom sedam dana. Rezultati su pokazali da su žene koje su prosečno imale 3,4 minuta intenzivne aktivnosti dnevno imale 45% manji rizik od srčanog udara, moždanog udara ili srčane insuficijencije u poređenju sa ženama koje nisu imale takve aktivnosti. Kod muškaraca je zabeležen manji, ali i dalje značajan efekat, gde je 5 do 6 minuta dnevne intenzivne aktivnosti bilo povezano sa 16% smanjenjem rizika od kardiovaskularnih događaja. Ovi nalazi sugerišu da čak i kratki periodi intenzivne fizičke aktivnosti, poput brzog hodanja ili penjanja uz stepenice, mogu značajno smanjiti rizik od kardiovaskularnih bolesti, posebno kod žena.

Rezultati su pokazali da su žene koje su prosečno imale 3,4 minuta intenzivne aktivnosti dnevno imale 45% manji rizik od srčanog udara, moždanog udara ili srčane insuficijencije u poređenju sa ženama koje nisu imale takve aktivnosti. Kod muškaraca je zabeležen manji, ali i dalje značajan efekat, gde je 5,6 minuta dnevne intenzivne aktivnosti bilo povezano sa 16% smanjenjem rizika od kardiovaskularnih događaja. Ovi nalazi sugerišu da čak i kratki periodi intenzivne fizičke aktivnosti, poput brzog hodanja ili penjanja uz stepenice, mogu značajno smanjiti rizik od kardiovaskularnih bolesti, posebno kod žena.

1.4 Održavanje zdravlja kostiju i zglobova

Hodanje i trčanje podstiču mineralizaciju kostiju, smanjujući rizik od osteoporoze.

Plivanje i joga su posebno korisni za osobe sa artritisom, jer smanjuju opterećenje na zglobove.

Poboljšanje disajnih funkcija

Nisko-intenzivne aerobne aktivnosti poboljšavaju kapacitet pluća i oksigenaciju tkiva.

Joga, kroz tehnike disanja (pranayama), može povećati kapacitet pluća i poboljšati respiratornu funkciju.

2. Psihološke i kognitivne prednosti

Smanjenje stresa i anksioznosti. Hodanje u prirodi dokazano smanjuje nivo kortizola (hormona stresa). Joga podstiče mentalnu smirenost kroz meditaciju i fokus na disanje.

Poboljšanje kognitivnih funkcija

Redovna fizička aktivnost stimuliše neurogenezu i poboljšava memoriju.

Studije pokazuju da starije osobe koje vežbaju imaju manji rizik od demencije i Alchajmerove bolesti.

2.1. Socijalna povezanost i emocionalna dobrobit

Grupne aktivnosti (nordijsko hodanje, joga časovi, plivanje) smanjuju osećaj usamljenosti i podstiču socijalnu interakciju.

3. Pregled pojedinačnih aktivnosti

Hodanje

Najpristupačnija fizička aktivnost sa minimalnim rizikom od povreda.

Poboljšava kardiovaskularno zdravlje, jača donje ekstremitete i doprinosi mentalnoj relaksaciji. Optimalno trajanje: 30-60 minuta dnevno, umerenim tempom.

Trčanje

Umjereno trčanje poboljšava izdržljivost i funkcionalnu sposobnost.

Nizak do umeren intenzitet je preporučljiv za starije osobe kako bi se izbeglo preopterećenje zglobova. Optimalno trajanje: 15-30 minuta, 3-4 puta nedeljno.

Plivanje

Idealan oblik vežbanja za osobe sa artritism ili bolovima u zglobovima.

Poboljšava kardiovaskularnu kondiciju i fleksibilnost bez opterećenja na kičmu i zglobove.

Optimalno trajanje: 30 minuta, 2-3 puta nedeljno.

Joga

Poboljšava ravnotežu, fleksibilnost i koordinaciju.

Korisna za smanjenje stresa i poboljšanje disanja.

Optimalno trajanje: 45 minuta, 2-3 puta nedeljno.

4. Zaključak

Nisko-intenzivne fizičke aktivnosti, mahom aerobne prirode, pružaju brojne prednosti za starije osobe, uključujući poboljšanje kardiovaskularnog zdravlja, očuvanje mišićne mase, fleksibilnosti i mentalne stabilnosti. Hodanje, trčanje, plivanje i joga predstavljaju sigurne i efikasne metode za očuvanje vitalnosti i kvaliteta života u trećem dobu. Naučne studije potvrđuju Prilagođavanje programa vežbanja individualnim sposobnostima i zdravstvenom stanju ključno je za dugoročne benefite i prevenciju povreda.

Konkretan doprinos ovih fizičkih aktivnosti kvalitetu i dužini života, koji je i potvrđen u navedenim naučnim istraživanjima, upućuje stariju populaciju na aktivan način života, jer u krajnjem kroz fizičku aktivnost u dužem trajanju obezbeđujemo bolju cirkulaciju krvi, oksigenizaciju tkiva, snagu i elastičnost mišića, te otklanjanje depresije, stresa i nervne napetosti.

Starije osobe bi trebalo da se konsultuju sa lekarom pre započinjanja bilo koje nove fizičke aktivnosti, posebno ako imaju hronične zdravstvene probleme.

Starenje je složen biološki proces koji obuhvata postepene promene u ćelijama, tkivima i organima, dovodeći do smanjenja funkcionalnih sposobnosti organizma. Ove promene uključuju gubitak mišićne mase, smanjenje gustine kostiju (osteoporoza), usporavanje metabolizma i smanjenje elastičnosti krvnih sudova. Takođe, sa starenjem dolazi do smanjenja aerobnog kapaciteta i efikasnosti kardiovaskularnog i respiratornog sistema.

Pored fizioloških promena, starenje može uticati i na kognitivne funkcije, uključujući smanjenje memorije, pažnje i brzine obrade informacija. Međutim, istraživanja pokazuju da način života, uključujući fizičku aktivnost, može značajno uticati na usporavanje ovih procesa i poboljšanje kvaliteta života u starijem dobu.

Važnost fizičke aktivnosti u procesu starenja

Redovna fizička aktivnost je jedan od ključnih faktora u održavanju zdravlja i funkcionalne sposobnosti kod starijih osoba. Vežbanje ne samo da usporava biološke efekte starenja, već i smanjuje rizik od hroničnih bolesti poput dijabetesa, hipertenzije, srčanih oboljenja i osteoporoze. Jedan od najpristupačnijih i najsigurnijih oblika fizičke aktivnosti za stariju populaciju su nisko-intenzivne vežbe kao što su hodanje, lagano trčanje, plivanje i joga. Ove aktivnosti pružaju brojne benefite, uključujući:

Očuvanje mišićne mase i pokretljivosti,

Poboljšanje kardiovaskularnog zdravlja,

Jačanje zglobova i smanjenje bola kod artritisa,

Smanjenje nivoa stresa i poboljšanje mentalnog zdravlja.

Literatura

Knjige:

1. American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th ed.). Wolters Kluwer.

2. Božić, D., & Zelenović, M. (2022). Uticaj fizičke aktivnosti na prevenciju i broj padova kod starijih osoba. *Sportlogia*, 18(1), 42-56. <https://doi.org/10.5550/sgia.221801.se.bz>

3. Bogić, M. (2022). Utjecaj vježbi ravnoteže i snage na prevenciju padova osoba starije životne dobi (Diplomski rad). Sveučilište u Splitu, Zdravstveni fakultet. <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A1468/datastream/PDF/view>

4. Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., ... & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1435-1445. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616aa2>

5. L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *Journal of Aging Research*, 2013, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2013/657508>

6. Lin, J., Lopez, E. F., Jin, Y., Van Remmen, H., Bauch, T., Han, H. C., & Lindsey, M. L. (2008). Age-related cardiac muscle sarcopenia: Combining experimental and mathematical modeling to identify mechanisms. *Experimental gerontology*, 43(4), 296-306.1

7. Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults: Position stand. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>

8. Erlichman, J., Kerbey, A. L., & James, W. P. T. (2002). Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 1: the impact of physical activity on cardiovascular disease and all-cause mortality: an historical perspective. *Obesity reviews*, 3(4), 257-271.

9. Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: A systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 38. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-38>

Web stranice (ako su korišćene):

World Health Organization. (2020). Physical activity and older adults. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Istraživanje objavljeno u časopisu *Experimental Gerontology*:

10. Cesari, M., Kritchevsky, S. B., Baumgartner, R. N., Atkinson, H. H., Penninx, B. W., Lenchik, L., ... & Pahor, M. (2005). Sarcopenia, obesity, and inflammation—results from the Trial of Angiotensin Converting Enzyme Inhibition and Novel Cardiovascular Risk Factors study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(2), 428-434.

11. Goodpaster, B. H., Park, S. W., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Nevitt, M., Schwartz, A. V., ... & Newman, A. B. (2006). The loss of skeletal muscle strength, mass, and quality in older adults: the Health, Aging and Body Composition Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(10), 1059-1064.

Zbornici radova (konferencijski radovi):

12. Smith, J. A., & Brown, K. P. (2019). The impact of low-intensity exercise on aging populations. In R. Williams (Ed.), *Proceedings of the International Conference on Active Aging* (pp. 112-125). Oxford University Press

STOMATOLOŠKA TERAPIJA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI U USLOVIMA STACIONIRANIH USTANOVA

Sažetak

Rad se zasniva na istraživanju i opisu pristupa stomatološkoj terapiji starih i nemoćnih pacijenata u stacioniranim ustanovama. Također, svrha mu je kroz opis različitih hroničnih bolesti i gerijatrijskih stanja prikazati sve specifičnosti stomatološke terapije te važnost detaljne i pravilno uzete medicinske anamneze kao podloge stomatološkoj anamnezi, kao i pravilne pripreme pacijenta za intervenciju te osiguranja kvalitetnih uvjeta i opreme u ovakvoj vrsti ustanova. Nakon prikaza svih segmenata, zaključit će se mogućnost pružanja kvalitetne stomatološke usluge specifičnoj populacijskoj skupini starijih osoba, unatoč izmijenjenim uvjetima i okolnostima rada, naravno uz minimalne rizike od nastanka komplikacija.

Summary

This expert work is based on research and description of the approach to dental care for elderly and frail patients in institutions. Also, its purpose is to present all the specifics of dental therapy through the description of various chronic diseases and geriatric conditions and the importance of a detailed and properly taken medical history as a basis for a dental history, then proper preparation of the patient for intervention and ensuring quality conditions and equipment in this type of institution. After presenting all these segments, it will be concluded that it is possible to provide quality dental services to a specific population group, despite the changed conditions and circumstances of work, of course with minimal risks of complications.

¹ Tim Poliklinika „dr Regoje D“

1. UVOD

Stomatološka terapija starih i nemoćnih osoba u stacioniranim ustanovama predstavlja velik izazov za cijeli stomatološki tim kao i tim stacioniranih ustanova. Zbog niza specifičnosti koje se odnose na ovu populaciju i neophodnosti shodno problematici pružanja stomatološke intervencije u ustanovama gdje su pacijenti smješteni, a to se prevashodno odnosi na nemogućnost transporta do stomatološke ordinacije, potrebno je s posebnom pažnjom pristupati ovakvim intervencijama. Naime, stari i nemoćni pacijenti, uslijed brojnih demografskih promjena, sve su brojnija dobna skupina u društvu. Uzevši u obzir brojne zdravstvene probleme koji se sa starošću neminovno javljaju, kao i njihovu povezanost te međusobni uticaj s oralnim zdravljem, za očekivati je i veće terapijske izazove kada je riječ o stomatološkom tretmanu. Među spomenute zdravstvene tegobe kod starih osoba ubrajamo: hronične bolesti poput veoma učestalog dijabetesa, kardiovaskularne bolesti, nefrološka oboljenja, bolesti lokomotornog sustava, kao i smanjenu otpornost organizma i usporene fiziološke procese. Sve ove specifičnosti starije dobne skupine zahtjevaju prilagodbu stomatološke terapije, posebno u uvjetima stacioniranih ustanova koji ne podrazumijevaju uobičajene uvjete u kojima se odvija stomatološko liječenje. Dakle, tretman starih i nemoćnih osoba u ovakvim uvjetima mora biti strogo prilagođen individualnim potrebama i mogućnostima samog pacijenta. Prateći najčešća stanja i poremećaje povezane s trećom životnom dobi, kroz ovaj će rad biti opisane strategije i izazovi stomatološkog tretmana, kao i važnost kvalitetne opreme, pripreme pacijenta za stomatološki tretman u ovakvim izmijenjenim uvjetima te nadasve važnost stručnosti i iskustva stomatološkog tima kao apsolutni *conditio sine qua non*.(1,2)

1.1. Svrha rada

Rad se zasniva na istraživanju i opisu pristupa stomatološkoj terapiji starih i nemoćnih pacijenata u stacioniranim ustanovama. Također, svrha mu je kroz opis različitih hroničnih bolesti i gerijatrijskih stanja prikazati sve specifičnosti stomatološke terapije te važnost detaljne i pravilno uzete medicinske anamneze kao podloge stomatološkoj anamnezi, kao i pravilne pripreme pacijenta za intervenciju te osiguranja kvalitetnih uvjeta i opreme u ovakvoj vrsti ustanova. Nakon prikaza svih segmenata, zaključit će se mogućnost pružanja kvalitetne stomatološke usluge specifičnoj populacijskoj skupini starijih osoba, unatoč izmijenjenim uvjetima i okolnostima rada, naravno uz minimalne rizike od nastanka komplikacija.

1. MATERIJAL I METODE

U svrhu realizacije ovog rada provedena je pretraga baze podataka znanstvenih radova pri čemu su korištene sljedeće ključne riječi (keywords):

Geriatric dentistry, elderly patients in stationary institutions, chronic and geriatric diseases, dental treatment of elderly persons, high-risk patients in dentistry.

Ključne riječi: *Gerijatrijska stomatologija, stariji pacijenti u stacionarnim ustanovama, hronične i gerijatrijske bolesti, stomatološki tretman starijih osoba, visoko rizični pacijenti u stomatologiji.*

Analizirani su znanstveni radovi, kliničke studije i prikazi slučajeva iz dostupne literature. Dodatni podaci u izradi rada korišteni su iz stručne literature i WEB stranica.

2. DEFINICIJA STAROSTI I OPĆE ZDRAVSTVENO STANJE STARIH OSOBA

Govoreći o starim i nemoćnim osobama te njihovom zdravstvenom stanju, ispravno je najprije definirati pojam starosti. Naime, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), populaciju osoba starije životne dobi čine pojedinci stariji od 65 godina. Također, unutar te velike skupine razlikujemo: mlađe starije osobe - između 65 i 74 godine koje mogu biti relativno zdrave i aktivne, zatim stare ili srednje stare osobe – između 75 i 84 godine gdje je zdravstveno stanje prilično varijabilno i narušeno hroničnim bolestima, te osobe starije od 85 godina koje su veoma krhkog zdravlja.(3)

Sve veće produženje životnog vijeka te porast starosti populacije utičena opće zdravstveno stanje, time i na stanje oralnog zdravlja, odnosno orofacijalnog kompleksa, kako kroz funkciju, tako i kroz estetiku. Specifičnosti starih pacijenata u stomatološkom tretmanu uvjetovanesučesto prisutnim bolestima s oralnim manifestacijama, kao i izborom odgovarajućih anestetika i lijekova koji moraju biti usklađeni s prisutnomterapijom i općim zdravstvenim stanjem takvog pacijenta.(4)

Starenje dovodi do usporavanja fizioloških funkcija organizma i pojave krhkosti, odnosno povećane osjetljivosti na stresore. Pa tako osoba mlađe i starije životne dobi ne reagira jednako na isti stresor, naravno u prilog mlađe i zdravije osobe, dok se kod starijih javlja teža klinička slika, neizvjestan i ponekad nepotpun oporavak.Isti je slučaj i s orofacijalnim strukturama čije sposobnosti opadaju prirodnim procesom starenja.(5,6)

Također, ova grupa pacijenata nosi veliku vjerojatnoću prisutnih komorbiditeta, u prvom redu hroničnih i degenerativnih bolesti poput dijabetesa, hipertenzije, hronične opstruktivske bolesti

pluća, osteoporoze, nefroloških i mnogih drugih oboljenja. Uz to nameće se i pitanje veoma prisutne polifarmacije kod starijih pacijenata, odnosno korištenja više vrsta lijekova kao terapijskih sredstava. Prisutni komorbiditeti zajedno s polifarmacijom kod starijih osoba diktiraju promjene u farmakodinamici i kinetici lijekova, što za stomatološki tretman ima iznimno veliki značaj pri odabiru odgovarajuće terapije. Zašto je metabolizam lijekova bitno drugačiji u starijoj životnoj dobi? Razloge treba tražiti u promjeni sastava organizma starijih pacijenata, tj. povećanju udjela masnog tkiva na štetu mišićne i koštane mase. Kao posljedica toga, lipofilni lijekovi dobivaju veći volumen distribucije s produženim poluživotom raspada, dok se s druge strane volumen distribucije hidrofilnih lijekova smanjuje. Također, izlučivanje lijekova jetrom je smanjeno do 30%, a bubrezima do čak 50%. Zbog navedenih činjenica polifarmacija predstavlja otežavajući faktor u liječenju ove populacijske skupine.(7,8)

Također, korištenje različitih sistemskih lijekova može biti povezano i s nastankom promjena u usnoj šupljini, bilo da se radi o mekotkivnim, koštanim ili promjenama u količini i sastavu pljuvačke. Svi ovi faktori zajedno oblikuju mogućnost dentalne terapije, rehabilitacije i kompletnog stomatološkog zbrinjavanja pacijenta.(9)

Za sve stomatološke intervencije a posebno za hirurške neophodno je poznavanje svih mogućih zdravstvenih tegoba i bolesti organizma. Potrebno je iscrpnom anamnezom doći do saznanja da li se pacijent liječi od nekih sistemskih oboljenja.

2.1. Bolesti kardiovaskularnog sistema kod osoba starije životne dobi

Kada je riječ o kardiovaskularnim bolestima pacijenti mogu da imaju neke od navedenih simptoma: bol u grudima, povišen krvni pritisak, nedostatak zraka, nepodnošenje napora, poremećaj srčanog ritma (aritmiju), infektivni endokarditis, preležanu reumatsku groznicu, kardiomiopatiju, prethodne urađene zahvate na srcu i krvnim žilama, urođene srčane mane, te bolesti krvnih i limfnih žila. Ukoliko neke od ovih informacija budu pozitivne u, detaljno i dobro uzetoj, medicinskoj anamnezi, stomatolog je dužan ispitati takvo zdravstveno stanje te se pobrinuti da planirana i predstojeća stomatološka intervencija ne kompromitira opće zdravstveno stanje pacijenta. Također, obvezno je da stomatolog poznaje osnovnu terapiju kod kardiovaskularnih bolesnika te njezino eventualno međudjelovanje s terapijom koja se tiče stomatološkog liječenja. Najčešći lijekovi koji se mogu očekivati su: beta-blokatori, diuretici, digoksin, vazodilatatori, heparin i varfarin.(10)

Shodno saznanju o bolestima KVS i terapiji neophodno je voditi računa o interakciji lijekova, premedikaciji i pripremi pacijenta koji su na antiagregacionoj i antikoagulantnoj terapiji.

2.1.1. Arterijska hipertenzija

Hipertenzija predstavlja stanje trajno povišenog arterijskog pritiska. Ono godinama može biti asimptomatsko, no tijekom vremena ipak ostavlja posljedice u vidu oštećenja bubrega, srca, mozga, očiju itd. Vrijednosti pritiska koje definiraju hipertenziju su: sistolički pritisak od 140 mmHg ili više te dijastolički od 90 mmHg ili više. Ovo je stanje posebno prisutno kod starije populacije zbog čega treba obratiti pažnju prilikom uzimanja anamneze. Krvni pritisak varira te je obično tijekom noći najniži, a ujutro nakon buđenja najviši. Ova pojava naziva se cirkadijalni ritam, a pojačava se s godinama. Kod čak 90% pacijenata ne postoji uzrok hipertenzije te je smatramo primarnom ili esencijalnom, dok se u 10% slučajeva radi o jasnom uzroku te tada govorimo o sekundarnoj hipertenziji. Pretilost, alkoholizam te manjak fizičke aktivnosti faktori su rizika koji utječu na nastanak, ozbiljnost i napredovanje hipertenzije. Terapijske mogućnosti bazirane su na pažljivo odabrane i individualno prilagođene doze antihipertenziva.(11)

Potrebno je pacijentu sa visokim krvnim pritiskom pažljivo pristupiti hirurškoj intervenciji i pratiti vrijeme isticanja krvi, kao i kontrolu zarastanja rane.

2.1.2. Infektivni endokarditis

Infektivni endokarditis podrazumijeva bolest srčanih zalistaka s prilično lošom prognozom i visokom stopom smrtnosti. Naime, radi se o mikrobnj infekciji endotela srca ili srčanih zalistaka čiji su uzročnici najčešće bakterije, iako to mogu biti i virusi, gljivice i ostali mikroorganizmi. Mjesta urođenih ili stečenih srčanih defekata uglavnom budu pogođena ovakvom vrstom infekcije. Postoji nekoliko klasifikacija infektivnog endokarditisa. Jedna od njih je podjela na: akutni, subakutni i hronični; druga je klasifikacija prema uzročniku npr.: stafilokokni, streptokokni, kandidijalni endokarditis; te klasifikacija prema tipu zahvaćenog zaliska. Infektivni endokarditis nastaje u slučaju bakterijemije pri čemu se bakterije skupljaju na mjestima poput oštećenih srčanih zalistaka, umjetnih zalistaka, ventrikularnog septalnog defekta i slično. Ono što je povezano i veoma značajno u kontekstu stomatologije, jest da određeni stomatološki zahvati mogu izazvati tranzitornu bakterijemiju. U slučaju razvitka infektivnog endokarditisa, pojavljuju se simptomi u vidu: boli u mišićima, malaksalosti, noćnog znojenja, gubitka težine i boli u zglobovima. Zato se kod pacijenata s umjetnim srčanim zaliscima, prethodno preboljenim infektivnim endokarditisom, urođenim srčanim manama, kardiomiopatijom, reumatskom srčanom bolesti i sličnim kardiovaskularnim bolestima, obvezno primjenjuje antibiotska profilaksa u slučaju sljedećih stomatoloških intervencija: ekstrakcija, parodontalni zahvati, ugradnja implantata, endodontsko liječenje te svi stomatološki zahvati, čak i profilaktički, kod kojih se može očekivati krvarenje gingive. Ipak, stručnjaci kažu da profilaksa nije indicirana kod aortne stenoze, mitralne stenoze te prolapsa mitralnog zalistka.(10–12)

2.1.3. Ishemična bolest srca

Učestalost ishemične bolesti srca, kao i ateroskleroze perifernih arterija, raste sa starenjem. Ovu bolest, naime, uzrokuje nesrazmjer potrebe i dopreme kisika srčanom mišiću. U pozadini ishemične koronarne bolesti nalazi se razvijena ateroskleroza epikardnih koronarnih arterija. Bitno je istaknuti da razlikujemo nekoliko kliničkih oblika ove bolesti, a to su: stabilna angina pectoris, akutni koronarni sindrom, zatajivanje srca, poremećaj srčanog ritma i provođenja te iznenadna smrt.

Govoreći o angini pectoris, treba spomenuti prepoznatljive simptome koji uključuju: tipičan retrosternalni bol sa širenjem u lijevu ruku ili vrat, zatim nedostatak zraka, mučninu i opću slabost. Ponekad se mogu javiti i palpitacije ili sinkope, posljedično zbog ishemije srčanog mišića. Poseban slučaj susreće se primjerice kod dijabetičara gdje bolesnici ne osjećaju tipične anginozne tegobe, ali ipak pate od tzv. nijeme angine koja dolazi kao posljedica polineuropatije, česte komplikacije šećerne bolesti.

Akutni koronarni sindrom čine: nestabilna angina pectoris, infarkt miokarda bez ST elevacije te infarkt miokarda sa ST elevacijom. Sva tri stanja uzrokovana su naglim smanjenjem opskrbe dijela srčanog mišića arterijskom krvlju. Naime, dolazi do stvaranja krvnog ugruška u kombinaciji sa prisutnim aterosklerotskim plakom što sprečava pravilnu cirkulaciju. Najčešći oblik akutnog koronarnog sindroma kod osoba starije životne dobi jest infarkt miokarda bez ST elevacije. Lijekovi koje kod ovih pacijenata, uz invazivnu ili invazivnu terapiju bolesti, možemo očekivati su: antiagregacijski lijekovi (acetilsalicilna kiselina ili tienopiridini), ACE inhibitori, blokatori betaadrenergičnih receptora, nitrati, antagonisti kalcijevskih receptora i hipolipemici. U slučaju eventualnog anginoznog napada, koji se može dogoditi i u stomatološkoj ordinaciji, terapija jest kratkodjelujući vazodilatator, najčešće nitroglicerol sublingvalno. Kada je riječ o infarktu miokarda sa ST elevacijom, najbolji rezultat postiže se

reperfuzijom fibrinolitičkom terapijom ili perkutanom koronarnom intervencijom (ugradnja stenta). Nakon ovakvih operativnih zahvata pacijenti se obično nalaze na antiagregacijskoj terapiji 6 mjeseci do godinu dana, što uključuje acetilsalicilnu kiselinu (inhibitor tromboksana A2) i tienopiridine (antagonist trombocitnih receptora). Nakon tog perioda, pacijenti najčešće doživotno nastavljaju uzimati acetilsalicilnu kiselinu u dozi od 100 mg jednom dnevno. Zašto je ovakva terapija potencijalni problem u stomatološkoj praksi? Glavni razlog je zato što antiagregacijska terapija povećava sklonost krvarenju pa je svaka krvava stomatološka intervencija opasna ako joj se ne pristupi lege artis. Stoga, za pacijente koji uzimaju svakodnevne manje doze acetilsalicilne kiseline (do 300 mg dnevno) ili tienopiridina (do 75 mg dnevno), nema potrebe za prekidanjem standardne terapije jer se uz mjere lokalne hemostaze, svi oralno kirurški i stomatološki zahvati mogu provesti. Smatra se da postoji veća opasnost, nego benefiti od prekidanja terapije. Kod pacijenata na dvostrukoj antiagregacijskoj terapiji, preporučuje se pacijenta uputiti nadležnom specijalistu, oralnom hirurgu u osposobljenim uvjetima i ustanovama, gdje se planirani zahvat provodi ako je moguće također bez prekidanja terapije.(12)

2.1.4. Hronično zatajivanje srca

Hronično zatajivanje srca javlja se u slučaju oštećene sposobnosti srčanih komora da se pune ili istiskuju krv. Stanje može biti akutno ili hronično i vrlo je često u starijoj životnoj dobi. Zatajivanje srca može biti na lijevoj, desnoj strani ili obostrano. Rizičnih faktora za nastanak ove bolesti ima mnogo, a neki od njih su: dijabetes, pretilost, hipertenzija, valvularne bolesti, aritmije, endokrinološke bolesti. Simptomi koji se javljaju kod zatajenja lijevog srca su: dispneja, kašalj, paroksizmalna noćna dispneja i ortopneja, kao posljedica plućne kongestije, dok se kod zatajenja desnog srca javljaju pretežno simptomi poput: edem potkoljenica, ascites, hepatomegalija. Što se tiče liječenja, ono bi trebalo biti kauzalno, odnosno usmjereno na rješavanje primarne bolesti i prevenciju rizičnih faktora koji su doveli do hroničnog zatajivanja srca. Također, modifikacija prehrane je nužna, u smislu smanjenog unosa soli, redukcije tjelesne težine i bavljenje fizičkom aktivnošću u skladu s mogućnostima. Terapija koja se najčešće koristi podrazumijeva diuretike, ACE inhibitor i blokator beta-adrenergičnih receptora. Ukoliko se zbog prevencije tromboembolije koriste antikoagulantni lijekovi, potreban je veliki oprez pri stomatološkim zahvatima.(12)

2.1.5. Poremećaji srčanog ritma i provođenja

Ovdje se radi o srčanim aritmijama, odnosno promjenama u automaciji ili provođenju impulsa. U kliničkoj praksi, posebno kod treće životne dobi, pojavljuju se jako često. Uzrokuju spektar različitih simptoma kao što su: palpitacije, hipotenzija, sinkopa, zatajivanje srca, anginozni napadi, dok kod nekih ljudi prolaze čak asipmtomatski. Zbog velike učestalosti komorbiditeta, aritmije su ipak veoma opasne kod starijih pacijenata. Razlikujemo ventrikularne i supraventrikularne aritmije, od kojih je kod pacijenata treće životne dobi najčešća fibrilacija atrijsa. Kod većine pacijenata, fibrilacija atrijsa pojavljuje se sekundarno, uz neku drugu kardiovaskularnu bolest, npr. hipertenziju, reumatsku bolest srčanih zalistaka, ishemičnu bolest srca, kardiomiopatiju i sl. Prisutne bolesti poput dijabetesa, hipertireoze, plućnih bolesti itd. također povećavaju rizik za nastankom fibrilacije atrijsa. Osnovno terapijsko nastojanje kod fibrilacije atrijsa jest uspostavljanje sinusnog ritma i njegovo održavanje. Od lijekova se koriste antiaritmici (propafenon, beta-blokatori, amiodaron, sotalol, verapamil) i glikozidi digitalisa. Također, često se koriste i antikoagulantni lijekovi koji sprječavaju nastanak tromboembolije, cerebrovaskularnih inzulta i slično. O njima posebno treba voditi računa kada je riječ o stomatološkoj praksi, u slučaju potrebe oralno hirurških zahvata i bilo kakvih krvavih intervencija. Naime, struka je ranije nalogala prekid terapije u trajanju od 3 do 4 dana kako bi se smanjila sklonost krvarenju. Međutim, danas je poznato da je opasnost koji prekid terapije

nosi za pacijenta veća od njenog nastavljanja i obavljanja intervencije. Preporučuje se, stoga, ne prekidati terapiju, nego koristiti mjere lokalne hemostaze, postavljanja sutura te upotrebe niskomolekularnog heparina u slučaju većih oralno hirurških intervencija.(12)

2.1.6. Poremećaji stvaranja i provođenja impulsa

Vrlo česta bolest kod starije populacije je bolest sinusnog čvora, čiji su uzroci najčešće degenerativne, ishemične i upalne promjene. Klinička manifestacija uglavnom je sinkopa, tj. kratkotrajni gubitak svijesti. Bolesti iz ove grupe koje također imaju veliku prevalencu u trećoj životnoj dobi su: sindrom preosjetljivog karotidnog sinusa i atrioventrikularni blokovi. U terapiji se najčešće poseže za ugradnjom trajnog elektrostimulatora srca ili se proučava jesu li eventualno antiaritmici uzrok ovih poremećaja.(12)

2.1.7. Bolesti srčanih zalistaka

Kod starijih pacijenata najčešće bolesti srčanih zalistaka su aortna stenoza i mitralna regurgitacija. Učestalost ove bolesti raste s godinama, zato što dolazi do promjene oblika, poremećenog gibanja, fibroze, kalcifikacije kuspisa i posljedično do aortne stenoze. Kliničku sliku odlikuje trijas simptoma: sinkopa, bol u grudima (angina pectoris) i simptomi zatajivanja srca. Prognoza bolesti dosta je loša te se preživljavanje svodi na 1-5 godina. Jedini način izlječenja je hirurški zahvat – ugradnja umjetnog zalistka, ali se koristi i medikamentozno liječenje – antikoagulantna terapija.

U slučaju mitralne regurgitacije, pacijenti se najčešće žale na nepodnošenje napora i zadihanost zbog plućne kongestije, kao i na opću slabost. Uzrok nastanka bolesti je kalcifikacija prstena mitralnog zalistka što dovodi do nepravilnog rada i insuficijencije. Kod blažih oblika bolesti liječenje nije potrebno, dok se kod težih primijenjuje liječenje kao kod zatajivanja srca. Zbog komorbiditeta kod starijih osoba treba dobro procijeniti terapijsku opciju valvuloplastike ili zamjene mitralnog zalistka.(12)

2.2. Bolesti respiratornog sistema kod osoba starije životne dobi

Najčešće bolesti respiratornog sistema kod starijih osoba su opstruktivske bolesti pluća u koje spadaju: bronhalna astma, hronična opstruktivna bolest pluća (emfizem, hronični bronhitis) i bronhiektazije.(10)

2.2.1. Bronhalna astma

Ovo je stanje koje podrazumijeva sužene i otečene dišne puteve respiratornog sistema čime je disanje veoma otežano. Zbog toga se javlja kašalj ili zviždući zvuk pri disanju. Astmu dodatno provociraju faktori poput peludi, kućne prašine, cigareta, virusnih infekcija i sl. Bilo da se radi o blagoj, umjerenoj ili teškoj astmi, terapijske smjernice odnose se na upotrebu bronhodilatatora, antimukolitika, antiholinergika i kortikosteroida.(13)

2.2.2. Hronična opstruktivna bolest pluća

Ovu bolest čine dva plućna poremećaja kod kojih je prisutno hronično smanjenje i ograničenje protoka zraka kroz pluća. Naime, ta dva oboljenja su hronični bronhitis i emfizem. Kod većine pacijenata hronična opstruktivna bolest pluća izazvana je dugotrajnom izloženošću iritansima koji oštećuju respiratorne puteve i pluća. Najčešći iritansi su: pušenje, učestale respiratorne infekcije, zagađenost zraka, prašina, izloženost hemikalijama itd. Incidenca bolesti raste s godinama, a i nasljedni faktori imaju ulogu u obolijevanju. U kliničkoj slici javljaju se: stalni kašalj sa ili bez sluzi, nedostatak daha, zviždanje i stezanje u prsima.(13)

2.3. Bubrežne bolesti kod osoba starije životne dobi

Kod starijih pacijenata najčešće se javlja bubrežna insuficijencija. Ona nastaje uslijed progresivnog oštećenja bubrega, a terapija je u tom slučaju hemodijaliza. Istovremeno se uočava i anemično stanje, sklonost infekcijama te usporena, otežana hemostaza kod takvih pacijenata. Zbog oštećenja bubrega, poremećeno je i izlučivanje lijekova, što svakako treba imati u vidu prije ordiniranja bilo kakve terapije. Jedan dan nakon dijalize zbog razgradnje heparina, dopušteno je izvoditi stomatološke zahvate. Također, zbog opasnosti od nastanka bakterijemije, provodi se antibiotska profilaksa, a u slučaju nekih opsežnih planiranih intervencija, poželjna je konzultacija s nadležnim doktorom specijalistom, internistom ili urologom koji prati osnovnu bolest.(10)

2.3.1. Hronična bubrežna bolest

Radi se o veoma ozbiljnom stanju koje je često praćeno i drugih teškim komorbiditetima. Zbog toga stomatolog terapeut mora biti spreman na određene rizike i moguće neuspjehe terapije uzrokovane primarnim stanjem pacijenta. Kod pacijenata koji boluju od hronične bubrežne bolesti dolazi do smanjenja bubrežne funkcije te postepenog zatajenja bubrega. Često se razvija abnormalna struktura i funkcija zbog progresivnog oštećenja osnovne jedinice bubrega, nefrona.(13)

2.4. Koštano-zglobne bolesti kod osoba starije životne dobi

Najvažnije bolesti koštano-zglobnog sistema koje su sve više prisutne u populaciji, a najizraženije u trećoj životnoj dobi su: osteoporoza i osteoartritis ili artroza. Radi se o degenerativnim promjenama na lokomotornom sistemu, točnije na kostima. Osteoporozu ugrubo možemo definirati kao sistemsku bolest kostiju karakteriziranu smanjenom mineralnom gustoćom kostiju, promjenama unutar koštane arhitekture i sklonošću frakturama. U slučaju osteoartrisa pak postoje pogrešna mjesta formiranja kosti u vidu osteofita i kalcifikata zbog čega je pokretljivost zglobova smanjena. Kod obje vrste bolesti javljaju se simptomi poput hroničnog bola, otežanog kretanja, oslabljene cirkulacije. Smatra se da je uzrok nastanka ovih stanja multifaktorijalan i počiva na tri stuba: genetika, biohemija i biomehanika. Istraživanjima je, također, dokazano, da brojni faktori tijekom cijelog života koji se tiču ishrane, tjelovježbe, metabolizma, kompletnog zdravlja organizma, utječu na kvalitet kostiju i eventualne bolesti koštano-zglobnog sistema kod pojedinca. Zbog toga treba razmisliti o tome da su osteoporoza i osteoartritis zapravo pedijatrijske bolesti jer defekti često nastaju već u toj dobi, ali samo svoje posljedice i simptome ispoljavaju u gerijatrijskoj dobi. Nažalost, tada je terapija uglavnom svedena na simptomatsko kupiranje boli i minimalnu redukciju pregradnje kosti. Naziv suvremene metode dijagnostike i liječenja koštano-zglobnih bolesti jest metoda 4e. Ona podrazumijeva: edukaciju pacijenta, efektivnu tjelovježbu, evaluaciju – individualnu procjenu kvalitete kostiju i rizičnih faktora te elektivnu (ciljanu) terapiju.

S aspekta stomatologije, orofacijalne regije, stomatognatog sistema i hroničnih koštano-zglobnih bolesti, treba navesti važnost poznavanja kliničke slike i terapije ovih bolesti. Naime, poznati su primjeri nekroze vilica nastale uslijed dugotrajnog liječenja osteoporoze bisfosfonatima. Najvjerojatnije je pritom došlo do prekomjerne supresije pregradnje kosti lijekom koja nije bila prepoznata, a na koju se onda nadovezao upalni proces u usnoj šupljini. Zbog takvog učinka terapije za osteoporozu na kost, stomatolog treba biti iznimno oprezan pri obavljanju intervencija, posebno ako je planiran bilo kakav rad na kosti, primjerice ugradnja implantata pa čak i rutinska ekstrakcija. Ne smijemo dopustiti da naš tretman ni u kom slučaju kompromitira pacijenta. Iz svih navedenih razloga posebnu pažnju kod ovakvih pacijenata treba obratiti na preventivne stomatološke mjere i tretmane, edukaciju te evaluaciju kvalitete i denziteta kosti prije bilo kakve stomatološke intervencije uz obaveznu antibiotsku zaštitu.(12)

2.5. Endokrine bolesti kod osoba starije životne dobi

Među endokrinim bolestima u odrasloj, pa tako i starijoj, životnoj dobi posebno se izdvajaju dijabetes i poremećaji štitne žlijezde. Zato će one biti detaljno opisane kao i njihova terapija i konotacija na stomatološku praksu.

2.5.1. Diabetes mellitus (šećerna bolest)

Diabetes mellitus najčešća je metabolička bolest. Manifestira se pojavom hronične hiperglikemije s poremećajem razmjene ugljikohidrata, bjelancevina i masti. Simptomi koji ukazuju na dijabetes su: žeđ, poliurija, polidipsija, zamućenost vida, gubljenje tjelesne težine. Ovo endokrino oboljenje dovodi do promjena u usnoj šupljini, koje ne ugrožavaju život pacijenta, ali znatno utiču na kvalitet njegovog života.

Razlikujemo dvije osnovne skupine dijabetesa:

- primarni (idiopatski)
- sekundarni.

Šećernu bolest tipa I karakterizira nedostatak hormona - inzulina, stoga se ona liječi nadomjesnom terapijom inzulina. Liječenje se sastoji od preparata kratkog, srednje dugog ili dugog djelovanja. Prosječne dnevne doze inzulina iznose 0,5- 1 j/kg/dan. Šećerna bolest tipa II liječi se pravilnom tjelovježbom i ishranom (dijetom). Ukoliko bolesnici ne reaguju na dijetu i tjelovježbu, potrebno je uvesti lijekove. Lijek izbora kod tipa II je bigvanid metformin koji umanjuje glukoneogenezu u jetri i olakšava korištenje glukoze u perifernim tkivima, a pri tome ne djeluje na lučenje inzulina. U pružanju stomatološke usluge kod ovakvih pacijenata, neophodna su saznanja o toku bolesti i terapiji, da li je dijabetes kontrolisan (i pored primijenjene terapije vrijednosti šećera u krvi su i dalje visoke), kao i prisustvo angiopatije i neuropatije. (14,15)

Komplikacije dijabetesa

Komplikacije koje izaziva diabetes mellitus dijele se na akutne i hronične. U akutne komplikacije ubrajamo: hipoglikemiju, hipoglikemijsku komu, dijabetičnu ketoacidozu i laktacidotičnu komu. Hipoglikemija je najčešća akutna komplikacija kod pacijenata na inzulinskoj terapiji. Do pojave simptoma dolazi kada je razina glukoze u krvi ispod 2,5 mmol/l. Tada dolazi do naglog znojenja, tahikardije, tremora, mučnine, jakog osjećaja gladi, konfuznosti, glavobolje. Dijabetična ketoacidoza je posljedica prevelikog nedostatka inzulina. Uzroci nastanka su: neotkriveni tip I dijabetesa, trauma, infekcije, pogrešno liječenje. Simptomi ketoacidoze su: duboko disanje, mučnina, bolovi u trbuhu, miris na aceton. Hronične komplikacije dijelimo na makrovaskularne i mikrovaskularne. Bolesnici sa tipom 2 šećerne bolesti imaju visoku predispoziciju za nastanak makrovaskularnih komplikacija kao što su ishemična bolest srca, periferne vaskularne i cerebrovaskularne bolesti. Mikrovaskularne bolesti pojavljuju se u mlađoj životnoj dobi i opasnije su kod bolesnika sa dijabetesom tipa 2, a to su: retinopatija, neuropatija i nefropatija. (14)

Oralne manifestacije dijabetesa

Oralna simptomatologija varira od vrlo blage do vrlo teške, ovisno o vrsti i kontroli dijabetesa te varijabilnosti razina glukoze u krvi. Simptome dijelimo na: patognomične i nepatognomične. U patognomične ubrajamo halitosis i destrukciju alveolarne kosti, a u nepatognomične simptome ubrajamo foetor ex ore, kserostomiju, stomatopirozu, dekubituse, kandidijazu, parodontitis te prisustvo karijesa. (16)

Kod svih pacijenata koji imaju dijagnosticiran dijabetes uzima se detaljna anamneza, a ukoliko se primijete simptomi koji bi mogli upućivati na još uvijek nedijagnosticiran dijabetes, pacijenta se upućuje liječniku na daljnje provođenje dijagnostike i laboratorijske analize. Stomatološki postupci kod pacijenata koji su neovisni o inzulinu provode se na uobičajan način. Dok se postupci kod pacijenata ovisnih o inzulinu provode se na sljedeći način:

- ukoliko je dijabetes kontrolisan, stomatološki zahvati se provode uobičajeno;
- pacijenti najbolje podnose jutarnje termine;
- na dan stomatološkog zahvata, potrebno je da pacijent uzme odgovarajuću dozu inzulina i da normalno jede prije zahvata;
- ukoliko pacijent osjeti inzulinsku reakciju tokom zahvata, potrebno je da odmah reagira;
- izvori glukoze kod ovakvih pacijenata moraju biti lako i brzo dostupni ukoliko dođe do hipoglikemije.

Ako je kod pacijenta potrebno izvršiti određenih hirurški zahvat, potrebna je konzultacija s liječnikom specijalistom. Svaki dijabetički pacijent koji je podvrgnut opsežnoj oralnohirurškoj ili parodontološkoj intervenciji, nakon zahvata mora se pridržavati detaljnih uputa. Veoma je bitno da ukupni kalorijski unos proteina, ugljikohidrata i masti, bude uravnotežen, kako bi razina glukoze u krvi bila kontrolirana.(13)

Lokalna anestezija i interakcije lijekova kod dijabetičara

Kod pacijenata s dijabetesom, dilema je upotreba lokalne anestezije, sa ili bez vazokonstriktora. Najčešći izbor vazokonstriktora je adrenalin (epinefrin) u omjeru 1:100 000 ili 1:80 000(17).

Vazokonstriktori povećavaju glukoneogenezu i razgradnju glikogena u jetri što dovodi dohiperglikemije. Pacijenti s kontroliranim dijabetesom dobro podnose lokalne anestetike s vazokonstriktorom i kod njih je mala mogućnost nastanka hiperglikemije, u odnosu na pacijente s nekontrolisanim dijabetesom. Istraživanja su pokazala da količina epinefrina u jednoj do tri ampule anestetika s vazokonstriktorom može dovesti do hiperglikemije i ketoacidoze te ih stoga treba izbjegavati dok razina glukoze u krvi ne bude kontrolisana.(18)

Kada je riječ o interakciji lijekova kod dijabetičara, treba istaknuti one lijekove koji mogu pojačati pad glukoze u krvi, odnosno povećati sklonost ka hipoglikemiji. Među takve spadaju: ACE inhibitori, salicilati, neselektivni beta- blokatori, sulfonamidski antibiotici. Tvari koje mogu smanjiti učinak na snižavanjeglukoze u krvi obuhvaćaju: kortikosteroide, diuretike, hormone štitne žlijezde i inhibitore proteaze.(17)

2.5.2. Štitna žlijezda

Štitna žlijezda (glandula thyroidea) najveća je endokrina žlijezda u našem organizmu. Nalazi se u prednjem dijelu vrata i ima oblik leptira. Za normalno funkcioniranje štitne žlijezde potreban je jod u organizmu. Ova žlijezda odgovorna je za lučenje tiroksina (tetrajodtironin-T4) i trijodtironina (T3), a pored njih luči i kalcitonin. Lučenje hormona štitne žlijezde (T3 i T4) regulira hipofiza tireostimulirajućim hormonom (TSH) koji je pod nadzorom mozga, točnije hipotalamusa.(19)

Brojne su fiziološke funkcije hormona štitne žlijezde: aktiviraju receptore u jezgri, pokazuju opće i specifične učinke za rast, poboljšavaju sve oblike metabolizma masti i skoro svih ugljikohidrata. Djelovanje štitne žlijezde dovodi do povećanog protoka krvi i srčanog minutnog volumena, pojačanog disanja, povećanja pokretljivosti probavnog trakta, podražaja na centralni nervni sistem, kao i na mišićni sistem.

Kada govorimo o poremećajima rada štitne žlijezde, možemo ih podijeliti na poremećaje građe (svaka promjena građe štitne žlijezde naziva se strumom) i poremećaje funkcije. Poremećaji građe ogledaju se u uvećanju štitne žlijezde ujednačeno, u cjelosti ili difuzno. Može postojati i prisutstvo jednog ili više čvorovakoji su uglavnom dobroćudni, dok su maligni čvoroviveoma rijetki. Poremećaji funkcije mogu se ogledati kao pojačan rad štitne žlijezde - hipertireodizam ili smanjen rad štitne žlijezde – hipotireodizam.(20)

Hipertireoza

Hipertireoza (lat. hyperthyreosis) kliničko je stanje koje nastaje uslijed povećanja funkcije štitne žlijezde, zbog viška njenih hormona. Ona se povezuje sa stanjima kao što su: Gravesova (Basedowljeva) bolest, toksični adenom štitne žlijezde, adenom hipofize koji luči TSH, ektopično lučenje hormona štitne žlijezde. Znaci hiperfunkcije štitne žlijezde su: povišen bazalni metabolizam, mršavost, malaksalost, iscrpljenost, tahikardija, egzoftalmus, stanjena kosa, osjećaj gušenja, pojačano znojenje, povećan apetit, gubitak mišićne mase.(21)

Kada je riječ o oralnim manifestacijama kod bolesnika s hipertireozom, uočava se povećanaincidencakarijesaiparodontalnihbolesti, zatimslabljenjekvalitetakostimaxilleimandibule, tremor usana i jezika, gingivalno krvarenje.(22)

Hipertireodizam predstavlja relativnu kontraindikaciju za primjenu lokalnih anestetika sa vazokonstriktorom. Prilikom primjene, potrebno je izbjegavati prevelike količine vazokonstriktora kako ne bi došlo do iznenadnog povećanja krvnog pritiska, bradikardije ili srčanog aresta. Nadalje, u kliničkoj slici pacijenata s hipertireozom, često je prisutna i hipertenzija te je za postizanje hemostaze potrebno učiniti jači i duži pritisak, npr. nakon ekstrakcije zuba. Ono na što još stomatolog treba obratiti pažnju jest interakcija lijekova koji se koriste kod hipertireoze. Pacijent koji je na terapiji tionamidima može razviti agranulocitozu (neutropeniju). U slučaju pojave agranulocitoze izrazito je povećan rizik od bakterijskih i gljivičnih infekcija. Dolazi do pojave sljedećih simptoma: groznica, temperatura, glavobolja, malaksalost, u ustima se pojavljuju čirevi i upale sluznice, osip kože.(17)

Od još mogućih interakcija lijekova treba izdvojiti da analgetici sa acetilsalicilnom kiselinom, nesteroidni antireumatici (NSAR), oralni kontraceptivi i estrogen mogu smanjiti vezanje T4 na TBG (thyroxine binfing globulin) koji dovodi do tireotoksikoze zbog povećane količine cirkulirajućeg T4 u krvi. Kod pacijenata na simptomatskoj terapiji beta blokatorima moramo izbjegavati NSAR, jer smanjuju djelovanje beta blokatora. Fluoridi učinkovito umanjuju rad štitne žlijezde. Imaju antagonistički odnos sa jodom, pa velike količine fluorida dovode do nedostatka joda.(23)

Hipotireoza

Hipotireoza (lat. hypothyreosis) stanje je koje nastaje uslijed smanjene funkcije štitne žlijezde. Javlja se kao posljedica smanjene koncentracije hormona štitne žlijezde u krvi ili se razvija kao posljedica smanjene osjetljivosti tkiva na tireoidne hormone. Smatra se najčešćim poremećajem štitne žlijezde koja u najvećem broju pogađa žene. Razlikujemo: primarnu i sekundarnu hipotireozu.Najčešća primarna hipotireoza je Hašimotov tireoiditis (kronična

autoimuna upala štitne žlijezde). Što se patogeneze tiče, Hašimotov tireoiditis je autoimuni proces u kojem imunološki sistem prepoznaje vlastitne proteine: tireoidnu peroksidazu (TPO) i tireoglobulin (TG) kao strane te na njih stvara protutijela. Protutijela uništavaju stanice štitne žlijezde koje proizvode hormone te dolazi do smanjenja koncentracije trijodtrionina i tiroksina u krvi. TSH se pojačano izlučuje. Klinička slika hipotireoze: umor, pospanost, suha koža, periorbitalni edem, usporen govor, promuklost, bradikardija, gubitak apetita, rijetka kosa, poremećaj menstruacije kod žena, parestezije, mialgije, slabost mišića, oslabljeno pamćenje i koncentracija. Sekundarna hipotireoza pak nastaje zbog nedovoljnog lučenja TSH iz hipofize. Razvija se kao posljedica propadanja hipofize, kirurških zahvata ili zračenja. (20,21)

Kod pacijenata oboljelih od hipotireoze, dolazi do sljedećih oralnih manifestacija: makroglosija, edem oralne sluznice, glositis, hipoplazija cakline, mikrognatija, disanje na usta, otvoreni zagrižaj, blijeda oralna sluznica sklona infekcijama, narušeno parodontalno zdravlje. Također, pacijenti s dugotrajno razvijenom kliničkom slikom hipotireoze mogu imati povećane količine subkutanih mukopolisaharida, budući da je, zbog cjelokupno usporenog metabolizma, usporeno i njihovo razlaganje. Takav višak mukopolisaharida može dovesti do smanjenja kontrakcija malih krvnih žila i kao posljedica javlja se produženo krvarenje. Krvarenje se zaustavlja dugotrajnim lokalnim pritiskom. Veliku pažnju treba obratiti na pacijente koji pored hipotireoze imaju prisustvo karidovaskularnih bolesti te su na terapiji antikoagulantnim lijekovima. Kod bolesnika sa hipotireozom, zbog smanjene aktivnosti fibroblasta zarastanje rana može biti usporeno. Zbog dugotrajnog i usporenog zarastanja rana, javlja se mogućnost nastanka infekcija. Značajna je još i povezanost Hašimotovog tireoiditisa i diabetes mellitusa. Takvi pacijenti veoma brzo razvijaju hiperglikemiju, a loša kontrola glikemije može rezultirati povećanim rizikom za stvaranje infekcija i usporenog zarastanje rana. (22,23)

Kod pacijenata sa kontrolisanom hipotireozom, koji su na terapiji levotiroksinom, te kod pacijenata sa blago izraženom kliničkom slikom smije se primjenjivati standardni lokalni anestetik s vazokonstriktorom. Ukoliko pacijent pored hipotireoze, ima kardiovaskularna oboljenja (fibrilacija atrijsa, kongestivno zatajenje srca), lokalni anestetik s adrenalinom i retrakcijski konci s adrenalinom primjenjuju se sa velikom mjerom opreza. (22)

Kada je riječ o interakciji lijekova, treba paziti na depresore centralnog nervnog sistema i barbiturate te ih primjenjivati vrlo pažljivo i oprezno jer su pacijenti s hipotireozom na njih osjetljiviji. Tretiranje pacijenata kirurškim antisepticima, kao što je Povidon, može dovesti do razvijanja tireoiditisa i hipotireoze. Levotiroksin je lijek izbora kod liječenja hipotireoze. Smanjuje učinak antidijabetika pa je potrebno kontrolirati razinu šećera u krvi prije bilo kakvog zahvata. Salicilati dovode do pojačanog djelovanja levotiroksina. (22,23)

2.6. Neurološki poremećaji kod osoba starije životne dobi

Neurološki poremećaji kod starijih pacijenata mogu otežavati stomatološki tretman ili predstavljati opasnost od komplikacija. Najčešće neurološke bolesti su: demencija, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest te neurovaskularne bolesti. Simptomi demencija su: poremećaji pamćenja, govora, smetnje u društvenim i profesionalnim aktivnostima, pa čak i otežano žvakanje i gutanje. Kod ovakvih je pacijenata zbog njihove dijagnoze otežano održavanje oralne higijene što predstavlja dodatan problem. Također, često je prisutna pojačana salivacija pa su gotovo nemoguće intervencije koje zahtijevaju suho radno polje u usnoj šupljini. Većina pacijenata s neurološkim bolestima, posebno cerebrovaskularnim insultima, koristi antiagregacijsku ili antikoagulantnu terapiju, što treba imati na umu kod izvođenja hirurških stomatoloških intervencija. (12)

2.6.1. Alzheimerova bolest

Ova bolest je hronična, progresivna neurodegenerativna demencija kod koje dolazi do stvaranja amiloidnih plakova i neurofibrilarnih čvorova. Najznačajniji rizični faktor za Alzheimerovu bolest je starost te se opasnost povećava sa svakim desetljećem života. Klinička slika uglavnom počinje blagim gubitkom pamćenja, a zatim slijedi sve veća i progresivna demencija. Svakodnevne aktivnosti vremenom postaju nemoguće te se pacijent vrlo često treba smjestiti u stacionirane ustanove. Od terapije pacijenti s Alzheimerovom bolešću najčešće koriste inhibitore acetilholinesteraze koji smanjuju propadanje kognitivnih funkcija, posebno u početnim stadijima bolesti. Simptomi koji utiču na stomatološke intervencije su: zadržavanje hrane u ustima, otežano održavanje oralne higijene, velike naslage plaka i kamenca na zubima, karijes, parodontitis i gingivitis. Kontakt s pacijentom je prilično otežan te je upitno objašnjavanje njegovih simptoma stomatologu. Zato se treba fokusirati na kliničku sliku, heteroanamnezu i druge dijagnostičke metode te obratiti pažnju na komunikaciju s pacijentom, monitoring prije, tokom i nakon stomatološke intervencije. (12)

3. ORALNO ZDRAVLJE STARIH PACIJENATA

Oralno zdravlje i dentalni status pacijenata starije životne dobi proizvod je fizioloških promjena koje su u svezi sa starošću, zatim prisutnih sistemskih bolesti te lijekova koje pacijent koristi.

3.1. Fiziološke promjene uvjetovane starenjem

Tijekom prirodnog procesa starenja dolazi do mnoštva promjena kako u cijelom organizmu, tako i u usnoj šupljini. Neke od njih tiču se i promjene u izgledu i strukturi zuba kada dolazi do trošenja zuba, gubitka površinskih detalja, a usljed promijenjene refleksije svjetlosti kroz zub, i do promjene njegove boje. Također, djelovanjem različitih mehaničkih, termičkih i kemijskih faktora na zube, stvara se i sekundarni i tercijarni dentin, što posljedično vodi sklerozaciji i kontinuiranom zatvaranju dentinskih tubula, tj. smanjivanju pulpne komore. Osim veličine, pulpa starijih pacijenata razlikuje se od one kod mlađih i po svom histološkom izgledu. Naime, ona ima manji broj vlakana i stanica, smanjenu prokrvljenost, a time i smanjene obrambene sposobnosti i reparativni kapacitet. Karakteristika zuba koja je također specifična za stariju populaciju jest postepeno odlaganje cementa, koji je, zbog svog dijelom organskog sastava, osjetljiviji na negativne faktore kao što su šećer, alkohol, duhan i sl., a zbog smanjene količine pljuvačke kod starih osoba, reducirano je i samočišćenje tvrdih zubnih tkiva i sluznica. Od velike važnosti je pojava cementoze, odnosno ankiloze zuba s alveolarnom kosti što predstavlja poseban problem pri ekstrakciji zuba, kao i usamljeni zubi u čeljusti. (3)

Ono što je još čest slučaj kod treće životne dobi jest slabljenje koštane i mišićne mase, a kod bezubih pacijenata to se reflektira i u velikoj resorpciji alveolarnog grebena gornje i donje vilice. Resorpcija je nešto brža i opsežnija u mandibuli u odnosu na maksilu te posljedično dovodi do smanjenja vertikalne dimenzije i donje trećine lica. Ovakve promjene su od izuzetne važnosti u planiranju protetske terapije starih osoba. (24)

3.2. Bolesti usne šupljine starih osoba

Veoma često oboljenje u starijoj životnoj dobi jest parodontitis. Najčešće se razvija iz gingivitisa, zahvaćajući i ostale strukture parodonta te dovodeći do parodontalnih džepova, klimavosti i na kraju gubitka zuba. Loša oralna higijena i smanjeno lučenje pljuvačnih žlijezda pospješuju razvoj ove bolesti, a dodatnu predispoziciju predstavljaju prateći komorbiditeti poput dijabetesa, kardiovaskularnih i respiratornih bolesti. (25)

Kserostomija, također, je često stanje kod starijih osoba gdje zbog smanjenog lučenja pljuvačke može doći do niza tegoba. Naime, narušena je funkcija ishrane, žvakanja, gutanja, govora, karijes-protektivnog djelovanja i puferizacije pljuvačkom te je zbog toga narušena kompletna homeostaza usne šupljine. Osim suhoće usta, simptomi koji se još mogu javiti su i osjećaj žarenja i pečenja, narušen okus te otežano žvakanje i govor. Dokazano je da kserostomiju mogu uzrokovati i odgovarajući lijekovi koji se koriste u terapiji pratećih bolesti kod pacijenta, kao što su: antihistaminici, antihipertenzivi, antidepresivi, antitumorski lijekovi, antikolinergici, antidepresivi, antipsihotici itd., a uzrok kserostomije mogu biti i normalne starosne promjene kod pacijenta povezane s atrofijom i gubitkom funkcije tkiva.(26)

Zbog oslabljenog imunološkog sustava kod starijih osoba, često se mogu javiti i infekcije, među kojima je vodeća *Candida albicans*. Faktori koji uzrokuju oralnu kandidijazu su lokalni (nošenje mobilnih proteza, smanjeno lučenje pljuvačke, loša oralna higijena itd.) i sistemski (dijabetes, maligne bolesti, različiti antibiotici, imunosupresivna terapija itd.). (27)

Karijes, također, ima veliku incidencu kod populacije starije životne dobi. Češće se radi o karijesu u području vrata zuba, nego o karijesu okluzalnih površina. Uzrok tomu je uglavnom povlačenje gingive prema apikalno, produljenje kliničke krune zuba i ogoljavanje korijena koji postaje posebno osjetljiv na karijes. Smanjen protok pljuvačke, kao i često prisutni mobilni protetski radovi te nezadovoljavajuća oralna higijena pogoduju nastavku karijesa. Najteža posljedica karijesa i parodontalnih bolesti jest gubitak zubi i totalna bezubost, što je vrlo čest slučaj kod ove populacijske skupine, a predstavlja izazov za funkcionalno i estetsko zbrinjavanje i rehabilitaciju. Shodno svemu navedenom, neophodna je preventiva i redovne posjete stomatologu da bi predupregli nastanak ovih oboljenja.(28)

3.3. Sistemske bolesti s oralnim manifestacijama

Stomatolozi imaju veliku ulogu u dijagnosticiranju i prepoznavanju određenih sistemskih bolesti koje svoje manifestacije daju upravo u usnoj šupljini. Ključnu ulogu u tom procesu ima detaljna i pravilno uzeta anamneza koja podrazumijeva anamnezu poteškoća/tegoba, stomatološku, medicinsku, obiteljsku i socijalnu anamnezu te iscrpan klinički pregled.

Neke od promjena koje mogu ukazivati na određenu sistemsku bolest su: bljedilo i atrofija sluznice (anemija), krvarenje i upala parodonta (dijabetes, HIV infekcija, leukemija, trombocitopenija), erozija zuba (gastroezofagealni refluks, anoreksija, bulimija), različite oralne lezije (Lichen planus, lupus, pemfigoid, pemfigus, Behcetov sindrom, Crohnova bolest).(28)

4. LOKALNA ANESTEZIJA KOD STARIH PACIJENATA

Primjena lokalne anestezije u stomatologiji kod starije populacije zahtijeva poseban oprez i pristup. Razlozi su, prije svega, povezani s kardiovaskularnim i respiratornim sistemom, kao i mogućim pratećim bolestima koje pacijent ima. Određujući idealnu količinu anestezije, treba voditi računa radi li se o anestetiku tipa estera ili amida, a osnovno pravilo jednako je bez obzira na dob pacijenta te se tiče maksimalne preporučene doze bilo čistih, bilo lokalnih anestetika s adrenalinom. Promjene koje starenje donosi vezano za kardiovaskularni sistem odnose se prvenstveno na smanjenje elastičnosti krvnih žila te smanjenje adrenergične aktivnosti. Respiratorni sistem trpi promjene zbog smanjene elastičnosti pluća, povećane rigidnosti grudnog koša te reducirane mišićne elastičnosti. Istovremeno, smanjen protok krvi kroz bubrege, redukcija mase tkiva ovog organa, smanjenje tubularne aktivnosti i djelovanja renin-aldosteron mehanizma, dovodi do oslabljenog djelovanja i bubrežnog sistema u usporedbi s mladom populacijom. Stariji pacijenti sporije i slabije reagiraju na hipovolemiju, hipertenziju

ili hipoksiju; niži im je parcijalni pritisak kisika te su, uslijed poremećaja termoregulacije, skloniji hipotermiji.(12)

Najznačajnije patofiziološke promjene koje se susreću kod starije populacije, a vezane su za kardiovaskularni sistem su: ateroskleroza, koronarna srčana bolest, esencijalna hipertenzija, kongestivna srčana bolest, srčane aritmije i tenoze aorte. Vezano za respiratorni sistem starijih osoba, bitno je izdvojiti sljedeće promjene: emfizem, kronični bronhitis i upalu pluća. Kada je riječ o bubrezima, najčešće promjene su: dijabetička nefropatija, hipertenzijska nefropatija i opstrukcija zbog povećanja prostate. Važno je naglasiti da su ove bolesti i stanja uglavnom važnija kada se odlučuje o uvođenju pacijenta u opću anesteziju, nego što o njima treba razmišljati kada je riječ o rutinskoj upotrebi lokalne anestezije. Ipak, ni taj slučaj ne treba uzeti kao naivan i bezazlen jer je poznato da lokalna anestezija dodatno smanjuje srčani automatizam, provodljivost i kontraktilnost srčanog mišića te uzrokuje relaksaciju glatke muskulature bronha.

Kako je već rečeno, glavna podjela anestetika jest po njihovom sastavu i strukturi na estere i amide. Danas su većinom u upotrebi anestetici tipa amida, sa svojim predstavnicima poput: lidokaina, mepivakaina i bupivakaina. Njihov je poluživot u cirkulaciji znatno dulji nego kod esterskih anestetika, dakle oko 2-3 sata. A budući da se metaboliziraju u jetri, stariji pacijenti i jetreni bolesnici, imaju veću mogućnost neželjenih efekata.

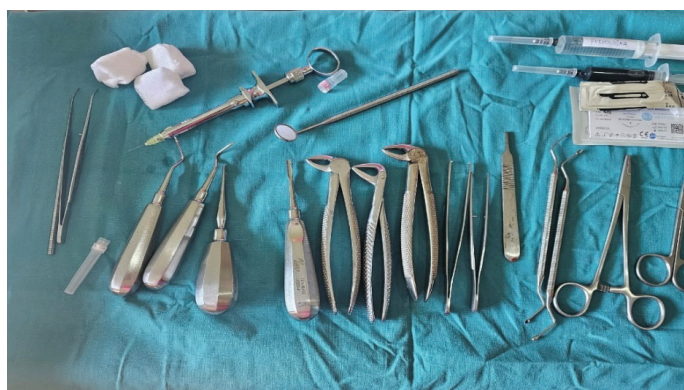
Među štetne učinke lokalnih anestetika ubrajamo: alergijsku reakciju, lokalnu toksičnost i sistemsku toksičnost, koje se najviše odražavaju na kardiovaskularni i centralni nervni sistem. Općenito, najvažnije je poštivati maksimalne preporučene doze lokalnih anestetika, bilo čistih, bilo miješanih s adrenalinom, a posebnu pažnju obratiti na količinu adrenalina jer, iako veoma koristan, za neke pacijente može biti i opasan.(12,29)

5. PRIKAZ SLUČAJA

U uslovima stacioniranih ustanova moguće je izvesti stomatološke intervencije kod starih i nemoćnih lica a imaju neku od patoloških dijagnoza koje iziskuju odstranjivanje zuba ili saniranje neke akutne boli orofacijalne regije. Za ovakvu intervenciju potrebno je pripremiti pacijenta i prostoru skladu sa pravilima aseptičnog rada. Nakon iscrpne i pažljivo uzete medicinske i stomatološke anamneze uz primjenu svih protokola rada sa pacijentima rizika, pristupa se izvođenju intervencije. Neophodno je pratiti postoperativni period i prevenirati moguće komplikacije.



Slika 1: Priprema prostora i pacijenta za intervenciju



Slika 2:

Priprema

instrumentarija za oralnohiruršku intervenciju



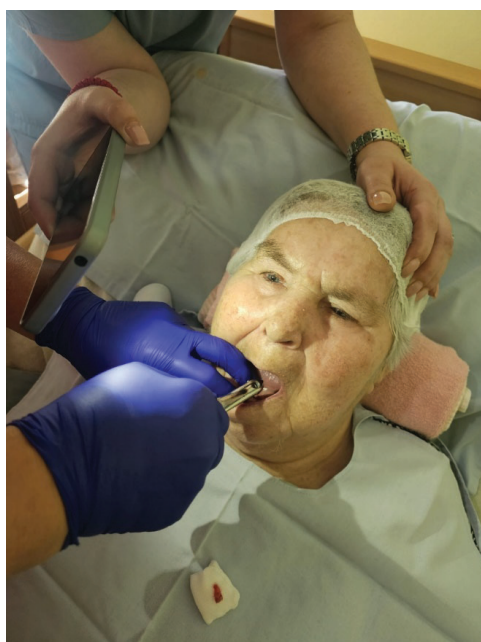
Slika 3: Prikaz oralno hirurške intervencije



Slika 4: Prikaz oralno hirurške intervencije



Slika 5: Prikaz ekstrakcije zuba



Slika 6: Multipla ekstrakcija zuba



Slika 7: Završna obrada rane



Slika 8: Ekstrahirani zubi



Slika 9: Stomatološki tim sa glavnom sestrom zdravstvene ustanove Dom za stare „Marić“ i pacijentom nakon uspješno obavljene intervencije

6. ZAKLJUČAK

Populacija starih i nemoćnih često ima potrebu za stomatološkom intervencijom.

1. Akutna stanja praćena infekcijom i bolom moguće je rješavati u uslovima stacioniranih ustanova.
2. Za stomatološke intervencije u uslovima stacioniranih ustanova neophodni su uslovi aseptičnog rada (priprema i dezinfekcija prostora, sterilne komprese) i zdravstveno edukovano osoblje stacionirane ustanove za praćenje i kontrolu komplikacija nakon oralnohirurške intervencije.
3. Za uspješno sprovedenu intervenciju bez komplikacija neophodno je sprovesti protokol rada sa pacijentima rizika prema saznanjima iz medicinske i stomatološke anamneze.

7. LITERATURA

1. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018 Dec;35(4):290–304.
2. Ruiz-Roca JA, Fuentes DM, Gómez García FJ, Martínez-Beneyto Y. Oral status of older people in medium to long-stay health and social care setting: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2021 Jun 14;21(1):363.
3. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health*. 2014;6(6):110–6.
4. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician*. 2008 Oct 1;78(7):845–52.
5. Slashcheva LD, Karjalahti E, Hassett LC, Smith B, Chamberlain AM. A systematic review and gap analysis of frailty and oral health characteristics in older adults: A call for clinical translation. *Gerodontology*. 2021 Dec;38(4):338–50.
6. Hakeem FF, Bernabé E, Sabbah W. Association between oral health and frailty: A systematic review of longitudinal studies. *Gerodontology*. 2019 Sep;36(3):205–15.
7. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am*. 2017 Sep;52(3):457–68.
8. Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metab Rev*. 2009;41(2):67–76.
9. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2018 Jul;84(7):1432–44.
10. Vodanović M, Brkić H, Savić Pavičin I. *Osnove stomatologije*. Zagreb: Naklada Slap; 2015.
11. Jowett NI, Cabot LB. Patients with cardiac disease: considerations for the dental practitioner. *Br Dent J*. 2000 Sep 23;189(6):297–302.
12. Čatović A et al. *Gerontostomatologija*. 1. Zagreb: Medicinska naklada; 2010. 89–95 p.
13. Little DMD MS JW, Miller DMD MS CS, Rhodus DMD MPH NL. Little and Falace's Dental Management of the Medically Compromised Patient [Internet]. 2018. Available from: www.konkur.in
14. Petrač D et al. *Interna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 371–382 p.
15. Kumar, Vinay. *Robbins Basic Pathology* (9th Edition). 2013.
16. Puhar I. Stomatološki pacijent sa šećernom bolesti.
17. Linčir I et al. *Farmakologija za stomatologe*. Zagreb: Školska knjiga; 2011. 195–196 p.
18. Budenz AW. Local anesthetics and medically complex patients. *J Calif Dent Assoc*. 2000 Aug;28(8):611–9.
19. Marinković S. *Anatomija čovjeka*. Banja Luka: Panevropski univerzitet Apeiron; 2014.

20. Ilanković N. Fiziologija sa patofiziologijom. Beograd; 2017. 162–164 p.
21. Rožajac A. Anatomija i fiziologija čovjeka. Sarajevo; 2016.
22. Huber MA, Terézhalmy GT. Risk stratification and dental management of the patient with thyroid dysfunction. *Quintessence Int.* 2008 Feb;39(2):139–50.
23. Chandna S, Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab.* 2011 Jul;15(Suppl 2):S113-6.
24. McKenna G, Burke FM. Age-related oral changes. *Dent Update.* 2010 Oct;37(8):519–23.
25. Khanagar SB, Al-Ehaideb A, Shivanna MM, Ul Haq I, Al Kheraif AA, Naik S, et al. Age-related Oral Changes and Their Impact on Oral Health-related Quality of Life among Frail Elderly Population: A Review. Vol. 21, *Journal of Contemporary Dental Practice*. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2020. p. 1298–303.
26. Wolff A, Joshi RK, Ekström J, Aframian D, Pedersen AML, Proctor G, et al. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. Vol. 17, *Drugs in R and D*. Springer International Publishing; 2017.
27. Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. Oropharyngeal candidiasis in elderly patients. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* 2011 Mar;9(1):21–8.
28. Gil-Montoya J, Ferreira de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging.* 2015 Feb;461.
29. Šečić S et al. Stomatološka anesteziologija. Sarajevo: Stomatološki fakultet s klinikama Univerziteta u Sarajevu; 2018. 78–85 p.

STOMATOLOŠKA NJEGA STARIJIH OSOBA

Sažetak

Starenje populacije predstavlja jedan od najvećih izazova modernog društva, a zdravlje u starijoj dobi uključuje mnoge aspekte, uključujući i oralno zdravlje. Stomatološka njega starijih osoba zahtijeva poseban pristup zbog specifičnih potreba ove populacije. Fizičke, psihološke i socijalne promjene koje prate starenje značajno utječu na zdravlje zuba i usne šupljine, što zahtijeva holistički pristup u stomatološkoj njezi. Stomatološka njega starijih osoba je od suštinske važnosti, jer oralno zdravlje direktno utiče na opšte zdravstveno stanje, kvalitet života i samopouzdanje starijih ljudi. Ovaj rad istražuje specifične potrebe starijih osoba u vezi sa stomatološkom njegom, uključujući prevenciju, liječenje i edukaciju, daje preporuke za poboljšanje oralnog zdravlja u starijoj dobi, kao i izazove i rješenja u pružanju te njege.

Ključne riječi: stomatologija, stomatološka njega, starije osobe

Summary

Elderly care in dentistry is becoming increasingly important due to the aging population. The oral health of older adults is often compromised by chronic diseases, reduced motor function, and limited access to dental care. Key aspects include the prevention and treatment of oral diseases such as periodontal diseases, root caries, and dry mouth caused by medications. Additionally, it is essential to provide tailored prosthetic replacements and maintain regular dental check-ups. Educating patients and caregivers about proper oral hygiene plays a crucial role in preserving the oral health of older adults.

Keywords: dentistry, dental care, elderly people

¹ Hrštić Edin, JZU Dom zdravlja Gradačac, Evropski univerzitet Brčko distrikt, email:dr.hrstic@live.com

² Kaletović Edin, Evropski univerzitet Kallos, email:ekalco@yahoo.com

³ Avdić Adna, JZU Dom zdravlja Gradačac, email:adnabasic@hotmail.com

1. UVOD

Stomatološka njega starijih osoba predstavlja ključan segment zdravstvene zaštite, posebno u kontekstu globalnog starenja populacije. Produženje životnog vijeka i poboljšana zdravstvena njega omogućili su ljudima da duže ostanu aktivni, ali su također donijeli nove izazove u očuvanju oralnog zdravlja. S godinama, oralno zdravlje može biti ugroženo zbog različitih faktora, uključujući sistemske bolesti, uzimanje više lijekova (polifarmacija), promjene u oralnoj sluznici te smanjenje fizičkih sposobnosti koje otežava adekvatnu njegu usne šupljine (Kumar et al., 2020).

Starenje populacije globalni je fenomen koji nameće potrebu za prilagođenim stomatološkim pristupom starijim pacijentima (Bezić D. 2017). Održavanje oralnog zdravlja igra ključnu ulogu u općem blagostanju starijih osoba, jer dentalni problemi mogu dovesti do ozbiljnih zdravstvenih komplikacija. Učestale bolesti kod starijih pacijenata uključuju karijes, parodontalne bolesti, gubitak zuba i suhoću usta, što može značajno utjecati na njihovu sposobnost prehrane, govor i socijalnu interakciju (Griffin et al., 2012).

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2021), veliki broj starijih osoba pati od oralnih bolesti koje mogu narušiti njihovu kvalitetu života. Zubni i oralni problemi mogu utjecati na prehranu, izazvati bol, infekcije i smanjiti samopouzdanje pacijenata, što može dovesti do povlačenja iz društvenih aktivnosti i pogoršanja mentalnog zdravlja (Chalmers et al., 2019). Također, smanjena sposobnost žvakanja može negativno utjecati na unos hranjivih tvari, povećavajući rizik od pothranjenosti i drugih zdravstvenih problema (Dempsey et al., 2022).

U tom kontekstu, stomatolozi su pozvani da razvijaju holistički pristup koji uključuje ne samo liječenje već i preventivne mjere, edukaciju pacijenata i suradnju s drugim zdravstvenim stručnjacima, poput gerijatara, nutricionista i medicinskih sestara (WHO, 2021). Pravovremena i prilagođena dentalna njega može pomoći u sprječavanju komplikacija i poboljšanju općeg zdravlja starijih osoba (Dempsey et al., 2022).

Osim toga, važno je napomenuti da starije osobe često nailaze na financijske i logističke prepreke u pristupu stomatološkim uslugama. Mnogi nemaju dentalno osiguranje, dok neki zbog fizičkih ograničenja imaju poteškoće s dolaskom do stomatologa. Stoga je ključno razvijati programe koji omogućuju dostupnu stomatološku njegu za starije osobe, uključujući mobilne stomatološke jedinice, kućne posjete i subvencionirane usluge (Jovanović & Kovačević, 2018).

Starenje dovodi do brojnih fizičkih, psiholoških i socijalnih promjena koje značajno utječu na oralno zdravlje starijih osoba. Zbog toga je stomatološka njega ove populacije specifična i zahtijeva pristup koji uključuje prilagođene tretmane i brigu koja uzima u obzir njihove specifične potrebe (Jovanović & Kovačević, 2018). Sveobuhvatan i interdisciplinarni pristup ključan je za očuvanje oralnog zdravlja starijih pacijenata i njihovu dugoročnu kvalitetu života (WHO, 2021).

2. STOMATOLOŠKA NJEGA STARIJIH OSOBA

2.1. Oralne bolesti kod starijih osoba

Osobe starije životne dobi predstavljaju specifičnu dobnu skupinu čiji se udio u populaciji sve više povećava tokom posljednjih desetljeća. Starenje stanovništva donosi brojne promjene u oralnom zdravlju koje se razlikuju od onih koje pogađaju mlađe populacije. S obzirom na porast zdravstvenih problema koji se javljaju starenjem te povezanosti između opšteg i oralnog zdravlja, za očekivati je i porast poteškoća i terapijskih izazova vezanih uz oralno zdravlje. (Razak,PA., Richard KMJ., et al ,2014)

Kako starimo, dolazi do prirodnih fizioloških promena u usnoj šupljini. Starije osobe suočavaju se s različitim oralnim bolestima i stanjima koji mogu ozbiljno uticati na njihov kvalitet života. Među najčešćim bolestima u starijoj populaciji su:

Parodontalne bolesti: Parodontitis i gingivitis su vrlo česti kod starijih osoba, a uzrokovane su nakupljanjem plaka i kamenca na zubima, što dovodi do inflamacije desni i oštećenja potpornih tkiva zuba. Parodontalne bolesti mogu uzrokovati gubitak zuba i smanjenje funkcije žvakanja. (Ghezzi, E., & Stevens, M.,2018).Pojava i tok parodontitisa povezani su s hroničnim bolestima kao što su šećerna bolest, kardiovaskularne i respiracijske bolesti. (Naik S., Maganur P., et al, 2021)

Edentulizam: Gubitak svih ili većine zuba (edentulizam) česta je pojava među starijom populacijom. Ovaj problem može ozbiljno uticati na funkcionalnost žvakanja i estetiku, ali i na samopouzdanje osoba, jer gubitak zuba može otežati konzumiranje hrane i govorenje. (Jovanović, T., & Kovačević, J.,2018)

Karijes: Iako karijes nije isključivo bolest starijih osoba, rizik od njegovog nastanka se povećava s godinama, naročito kod osoba koje imaju suha usta, smanjenu proizvodnju pljuvačke ili loše navike u održavanju oralne higijene.(Kovačević, T., & Stojković, N.,2017).Kod starijih osoba karijes je česta pojava i najčešće zahvaća korijen zuba. To se može objasniti anatomskim i fiziološkim promjenama, gdje usljed starenja dolazi do povlačenja zubnog mesa i otkrivanja zubnih korjenova. Promjene u protoku pljuvačke, lokalni uslovi (prisutnost proteze, recesije gingive), promjene u prehrambenim navikama i nedovoljna oralna higijena su faktori koji potiču stvaranje bakterijskog plaka te povećavaju rizik nastanka karijesa. (RappL,MaretD,et al,2019)

Suhoća usta (xerostomija): Kao posljedica smanjenog lučenja pljuvačke, suhoća usta je vrlo česta kod starijih osoba.(Kovačević, T., & Stojković, N.,2017).Pljuvačka kao vrlo važan faktor u homeostazi usne šupljine osigurava nesmetano žvakanje, govor, gutanje te svojim puferskim djelovanjem neutralizira kiseline i omogućuje remineralizaciju tvrdih zubnih tkiva djelujući na zaštitu od karijesa. Smanjenjem količine ili promjenom sastava pljuvačke dolazi do kserostomije i posljedičnog narušavanja kvalitete života i razvoja brojnih patoloških stanja organizma. Lijekovi koji utječu na kvalitetu i/ili kvantitetu pljuvačke su antihipertenzivi, antihistaminici, dekongestivi, antidepressivi, citostatici,antipsihotici i drugi. (PinaGdeMS,MotaCarvalho R et al,2020)

Oralne infekcije: Stariji ljudi su podložniji oralnim infekcijama, kao što su kandidijaza (gljivične infekcije) ili infekcije izazvane bakterijama. Ove infekcije često nastaju zbog smanjenog imuniteta i korištenja određenih lekova, kao što su antibiotici ili steroidi.(Kovačević, T., & Stojković, N.,2017).

2.2. Loše oralno zdravlje i posljedice na opšte zdravlje

Loše oralno zdravlje starijih osoba može imati dalekosežne posljedice po opšte zdravlje. Postoji sve veći broj istraživanja koja ukazuju na povezanost između oralnih bolesti i sistemskih oboljenja. Neka od najvažnijih pitanja koja nastaju zbog lošeg oralnog zdravlja uključuju:

Kardiovaskularna oboljenja: Parodontalne bolesti, naročito ako nisu tretirane na vrijeme, mogu povećati rizik od razvoja kardiovaskularnih bolesti, uključujući srčani udar i moždani udar. Upalne bolesti desni mogu povećati nivo inflamacijskih markera u krvi, što može negativno uticati na zdravlje srca. (Soh, G., & Lee, H.,2020)

Dijabetes: Loše oralno zdravlje može otežati kontrolu dijabetesa, jer upalne bolesti desni mogu povećati nivo šećera u krvi. S druge strane, dijabetičari su podložniji parodontalnim bolestima, što stvara začarani krug koji pogoršava oba stanja.

Respiratorne infekcije: Loša oralna higijena može povećati rizik od respiratornih infekcija, kao što su pneumonija, jer bakterije iz usne šupljine mogu dospjeti u pluća, posebno kod osoba sa oslabljenim imunitetom. (Kossioni, A., & Papadopoulos, N.,2021)

Problemi sa ishranom: Gubitak zuba i bolesti desni mogu otežati žvakanje i konzumiranje hrane, što može dovesti do lošije ishrane i smanjenog unosa važnih nutrijenata. To može uzrokovati razne nutritivne deficite, što direktno utiče na opšte zdravlje.(Đorđević, S.,2020)

Mentalno zdravlje: Problemi sa oralnim zdravljem mogu negativno uticati na mentalno zdravlje starijih osoba, izazivajući sram, nisko samopouzdanje i povlačenje iz društvenog života. Ove psihološke posljedice mogu dodatno pogoršati kvalitet života i dovesti do depresije i anksioznosti. (Linden, G., & Watt, R.,2019)

Uzimajući u obzir sve ove rizike, jasno je da očuvanje dobrog oralnog zdravlja kod starijih osoba ima ključnu ulogu u očuvanju njihovog opšteg zdravlja i kvaliteta života.

2.3. Uloga stomatologa u brizi o starijim osobama

Starenje populacije globalni je fenomen, a održavanje oralnog zdravlja postaje sve važnije za očuvanje općeg blagostanja. (Griffin et al.,2012)

Stomatolog ima ključnu ulogu u dijagnostici, prevenciji i liječenju bolesti usne šupljine kod starijih pacijenata. S obzirom na specifičnosti oralnog zdravlja starijih osoba, stomatolog mora primjenjivati specijalizovane pristupe kako bi se zadovoljile njihove zdravstvene potrebe.(Kossioni, A., & Papadopoulos, N.,2021)

Dijagnostika u stomatološkoj praksi za starije osobe mora obuhvatiti detaljno ispitivanje svih aspekata oralnog zdravlja, uključujući stanje zuba, desni, usne sluznice i drugih struktura usne šupljine. Stomatolog treba pratiti stanje plaka, kamenca i parodontalnih bolesti, jer su bolesti desni i gubitak zuba među najčešćim problemima u ovoj starosnoj grupi. Osim toga, važno je redovno pratiti stanje proteza i implantata, jer starije osobe često koriste ove pomagala, što zahtijeva dodatnu pažnju kako bi se izbjegle infekcije i nelagodnosti.(Simić, I.,2020)

Prevencija je ključna komponenta stomatološke njege starijih osoba. Prevencija uključuje redovno čišćenje zuba, profesionalne preglede i čišćenje, kao i edukaciju pacijenata o važnosti održavanja oralne higijene. Stomatolog treba educirati pacijente o uticaju prehrambenih navika na oralno zdravlje, kao i o opasnostima prekomjernog konzumiranja hrane bogate šećerima, što može dovesti do nastanka karijesa. Preporučuje se redovno korišćenje fluoridnih pasta i

vodica za ispiranje usta koje mogu pomoći u očuvanju zdravlja zuba i desni.(Linden, G., & Watt, R.,2019)

Liječenje oralnih bolesti kod starijih osoba mora biti prilagođeno specifičnim potrebama ove populacije. Gubitak zuba, koji je česta pojava kod starijih, može zahtijevati upotrebu proteza ili implantata. U slučaju bolesti desni, stomatolog treba primijeniti odgovarajuće terapije poput profesionalnog čišćenja desni (skaliranja) i kiretaže, kako bi se zaustavio napredak parodontitisa. Takođe, starije osobe često pate od suhoće usta, pa stomatolog može preporučiti specijalne preparate za vlaženje usne šupljine, kao i korišćenje oralnih sprejeva ili bombona koji mogu pomoći u ublažavanju simptoma.(Kossioni, A., & Papadopoulos, N.,2021)

2.4. Fizički i mentalni izazovi u stomatološkoj njezi starijih osoba

Starenje donosi brojne fizičke i mentalne izazove koji mogu značajno otežati pružanje stomatološke zaštite starijim osobama. Ovi izazovi mogu obuhvatiti širok spektar problema, od fizičkih ograničenja do mentalnih smetnji, koji zahtijevaju specifičan pristup stomatologa u pružanju njege.(Linden, G., & Watt, R.,2019)

Fizički izazovi mogu uključivati smanjenje pokretljivosti, bolove u zglobovima (kao što je artritis), slabljenje mišića, kao i gubitak zuba ili oštećenje desni. Stariji ljudi često pate od smanjenja koordinacije, što može otežati pravilno održavanje oralne higijene. Takođe, osobe sa smanjenom pokretljivošću mogu imati poteškoća u dolasku na stomatološke preglede, što može dovesti do odlaganja potrebnih tretmana. Stomatolog mora biti spreman da koristi specijalizovane instrumente i tehnike kako bi se olakšala procedura i smanjila nelagodnost pacijenta. (Stojanović, J.,2020)

Mentalni izazovi uključuju bolesti poput demencije, Alchajmerove bolesti, ili drugih neuroloških poremećaja koji mogu otežati saradnju pacijenta sa stomatologom. Pacijenti sa demencijom mogu zaboraviti osnovne instrukcije za održavanje oralne higijene, a njihova smanjena sposobnost komunikacije može otežati dijagnostiku i liječenje. Takođe, ovi pacijenti često mogu biti zbunjeni ili uplašeni od stomatoloških procedura, što dodatno otežava tretman. Stomatolog mora biti strpljiv, koristiti jednostavan jezik i postupati sa posebnim oprezom u komunikaciji sa pacijentima sa mentalnim smetnjama. (Stojanović, J.,2020)

2.5. Socijalni i psihološki faktori u stomatološkoj zaštiti

Pored fizičkih i ekonomskih prepreka, postoje i socijalni i psihološki faktori koji mogu značajno uticati na to kako stariji ljudi pristupaju stomatološkim uslugama i kako se ponašaju u vezi sa održavanjem oralnog zdravlja.

Strah od stomatologa je čest problem među starijim osobama. Mnogi stariji ljudi imaju negativna iskustva iz prošlosti ili su jednostavno skloni većem strahu od bolova tokom stomatoloških intervencija, što može dovesti do izbegavanja stomatoloških pregleda. Ovaj strah može biti dodatno pojačan ako je osoba ranije imala negativne iskustva sa stomatološkim postupcima ili ako pati od anksioznosti i depresije. Za takve pacijente, stomatolog mora pokazati veliko strpljenje i razviti pristup koji uključuje emocionalnu podršku, komunikaciju i umirujuće tehnike. (Ristić, A., & Živanović, S.,2019)

Loši finansijski uslovi mogu biti značajan psihološki faktor koji sprečava starije osobe da traže stomatološku pomoć. Mnogi stariji ljudi se suočavaju sa finansijskim poteškoćama i smatraju da stomatološki tretmani nisu nužni ili da su preskupi. Zbog toga, stomatologi treba da budu

svesni ovih socijalnih faktora i ponude opcije koje omogućavaju pristup uslugama za starije osobe sa ograničenim finansijskim sredstvima, kao što su subvencije ili besplatne usluge. (Simić, I.,2020)

Stigmatizacija takođe igra ulogu u ovoj problematici. Stariji ljudi koji nemaju zube ili nose proteze ponekad mogu biti svjesni svog fizičkog izgleda i toga kako ih drugi doživljavaju. Ovaj osjećaj sramote može ih odvratiti od traženja stomatološke pomoći, posebno ako su suočeni sa lošim oralnim zdravljem i potrebom za značajnim korekcijama. Stomatolozi, stoga, moraju raditi na smanjenju stigme u vezi sa stomatološkim tretmanima, stvaranju atmosfere povjerenja i pružanju podrške starijim osobama u procesu liječenja. (Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

Stomatologija se suočava sa različitim izazovima u pružanju adekvatne njege starijim osobama, koji obuhvataju fizičke, psihološke, ekonomske i socijalne faktore. Da bi se osigurao optimalan pristup stomatološkim uslugama ovoj populaciji, važno je razviti integrisane pristupe koji uzimaju u obzir sve ove izazove i nude rješenja koja omogućavaju starijim osobama da održavaju dobro oralno zdravlje i poboljšaju kvalitet svog života.

2.6. Pristup stomatološkim uslugama starijih osoba

Pristup stomatološkim uslugama starijim osobama predstavlja značajan izazov u mnogim dijelovima svijeta, uključujući i Bosnu i Hercegovinu. Postoje brojne prepreke koje mogu otežati redovno korištenje stomatoloških usluga, a među najvažnijima su ekonomska, geografska i edukativna ograničenja.

Ekonomska dostupnost stomatoloških usluga često predstavlja veliki problem za starije osobe, naročito u socijalno i ekonomski ugroženim grupama. Mnogi stariji ljudi žive od penzija koje nisu dovoljno visoke da bi im omogućile redovno korištenje stomatoloških usluga. Zbog toga mnogi stariji pacijenti odgađaju ili potpuno izbegavaju potrebne stomatološke tretmane, što može dovesti do pogoršanja njihovog oralnog zdravlja i ozbiljnih zdravstvenih problema u budućnosti. (Marinković, M., & Lazić, M. 2021)

Geografski faktori takođe utiču na pristup stomatološkoj njezi. U ruralnim područjima, gde je pristup stomatološkim ordinacijama ograničen, stariji ljudi mogu biti prisiljeni da predugo čekaju na tretmane ili da ih potpuno izbegavaju zbog dugih putovanja ili nedostatka javnog prevoza. Pored toga, fizičke barijere poput stepenica, loših ulica i neprilagođenih stomatoloških objekata za osobe sa smanjenom pokretljivošću mogu dodatno otežati pristup. (Linden, G., & Watt, R.,2019)

Edukacija o važnosti oralnog zdravlja kod starijih osoba još jedan je važan aspekt koji utiče na njihov pristup stomatološkim uslugama. Mnogi stariji ljudi, naročito u ruralnim ili socijalno ugroženim područjima, nisu dovoljno informisani o značaju održavanja oralne higijene i redovnih stomatoloških pregleda. Stomatolozi, zdravstveni radnici i organizacije za zdravlje starijih osoba trebaju raditi na podizanju svijesti i pružanju edukacije o prevenciji oralnih bolesti i važnosti stomatološke zaštite. Takođe, važno je informisati starije osobe o mogućnostima besplatnih ili subvencionisanih stomatoloških usluga, kako bi se olakšao pristup onima koji si to ne mogu priuštiti. (Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

3. PREVENTIVA U STOMATOLOGIJI ZA STARIJE OSOBE

3.1. Važnost prevencije oralnih bolesti kod starijih osoba

Prevencija oralnih bolesti kod starijih osoba od ključne je važnosti za očuvanje njihovog zdravlja i kvaliteta života. Kako starimo, naše tijelo prolazi kroz brojne fiziološke promjene koje mogu uticati na zdravlje usne šupljine, uključujući smanjenje proizvodnje pljuvačke, slabljenje imuniteta, pogoršanje stanja zuba i desni, kao i povećanje učestalosti drugih zdravstvenih problema koji mogu dovesti do oralnih komplikacija. (Lukić, S.,2019)

Prevencija može značajno smanjiti učestalost i ozbiljnost oralnih bolesti kod starijih osoba. Na primjer, redovno održavanje oralne higijene može spriječiti razvoj karijesa, parodontalnih bolesti (kao što je gingivitis i parodontitis) i smanjiti rizik od infekcija koje mogu dovesti do gubitka zuba. Takođe, prevencija je ključna za sprječavanje ozbiljnih sistemskih bolesti povezanim sa lošim oralnim zdravljem, kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes i respiratorne infekcije. Kroz prevenciju, starije osobe mogu održati svoje zube, desni i usnu sluznicu zdravima, čime poboljšavaju svoju sposobnost za žvakanje, govor i opštu kvalitetu života.(Ristić, A., & Živanović, S.,2019)

Prepoznavanje i primjena preventivnih mjera kod starijih osoba takođe smanjuje potrebu za invazivnim i skupim stomatološkim tretmanima, što može imati dugoročne koristi za zdravlje pacijenta i smanjiti finansijski teret na zdravstveni sistem. Uz pravilnu prevenciju, starije osobe mogu uživati u boljem oralnom zdravlju i smanjenju broja stomatoloških intervencija. (Miller, J., & Palomo, L.,2021)

3.2. Preventivne metode i tretmani

U stomatologiji za starije osobe, postoji nekoliko preventivnih metoda i tretmana koji mogu pomoći u očuvanju oralnog zdravlja i smanjenju rizika od nastanka oralnih bolesti. Ove metode uključuju redovne stomatološke preglede, fluoridaciju, pravilnu oralnu higijenu, pravilnu ishranu i druge tretmane koji ciljaju na sprječavanje, a ne samo liječenje postojećih problema.(Jovanović, T., & Kovačević, J.,2018)

Stomatolozi trebaju starijim osobama pružiti specifične savjete o održavanju higijene usne šupljine, uzimajući u obzir njihove fizičke i psihološke karakteristike.(Marinković, M., & Lazić, M. 2021)

Održavanje pravilne oralne higijene ključno je za očuvanje zdravlja usne šupljine i prevenciju bolesti kod starijih osoba. Pravilno održavanje oralne higijene poboljšava kvalitet života i smanjuje rizik od razvoja brojnih ozbiljnih bolesti. (Marinković, M., & Lazić, M. 2021)

Fluoridacija: Fluorid je poznat po svom zaštitnom učinku na zube jer pomaže u jačanju zubne gleđi, čineći je otpornijom na napade bakterija i kiselina koja izaziva karijes. Fluoridacija vode, upotreba fluoridnih pasti i profesionalne fluoridne tretmane mogu značajno smanjiti rizik od nastanka karijesa kod starijih osoba, naročito onih koji pate od smanjenog lučenja pljuvačke. (Jovanović, T., & Kovačević, J.,2018).

Redovni stomatološki pregledi: Redovni pregledi kod stomatologa omogućavaju pravovremeno otkrivanje i liječenje početnih znakova oralnih bolesti, kao što su karijes, parodontalne bolesti i oralne infekcije. Stomatolog može pružiti profesionalno čišćenje zuba, skaliranje i kiretažu desni, kao i davanje savjeta o tehnici čišćenja i upotrebi oralnih pomagala.

Preporučuje se da starije osobe redovno posjećuju stomatologa, barem dva puta godišnje, kako bi se prepoznali rani simptomi problema. Redovni pregledi omogućuju pravovremeno reagovanje na bilo koji oralni problem, što može sprečiti ozbiljnije zdravstvene komplikacije. (Linden, G., & Watt, R.,2019)

Edukacija o pravilnoj oralnoj higijeni: Stomatolog treba redovno educirati starije pacijente o važnosti redovnog pranja zuba, upotrebe zubnog konca i interdentalnih četkica za čišćenje prostora između zuba. Starije osobe koje pate od smanjenog vida ili koordinacije mogu koristiti električne četkice za zube koje olakšavaju proces čišćenja. Osim toga, stomatolog treba podučiti pacijente kako da održavaju higijenu proteza, ako ih koriste, kako bi se spriječile infekcije i druge komplikacije.(Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

Pravilno pranje zuba: Preporučuje se da stariji ljudi peru zube barem dva puta dnevno, koristeći četkicu sa mekanim vlaknima kako bi se izbeglo oštećenje desni. Fluoridna pasta je korisna jer pomaže u jačanju zuba i prevenciji karijesa. Ako je osoba smanjene pokretljivosti, mogu se preporučiti električne četkice koje olakšavaju proces pranja zuba.

Korišćenje zubnog konca i interdentalnih četkica: Zubni konac je ključan za čišćenje prostora između zuba gde četkica ne može doći. Starije osobe sa smanjenim zubima ili protezama mogu koristiti interdentalne četkice koje su lakše za upotrebu, ali jednako efikasne u uklanjanju plaka između zuba.(Stojanović, J.,2020)

Upotreba vodica za ispiranje usta: Vodice koje sadrže antiseptičke ili fluoridne komponente pomažu u smanjenju bakterija u usnoj šupljini i štite desni od upala. Kod starijih osoba sa suhoćom usta, mogu se preporučiti specijalizovane vodice koje stimuliraju lučenje pljuvačke i ublažavaju nelagodnosti.(Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

Pravilna ishrana: Uravnotežena ishrana bogata kalcijumom, vitaminima i mineralima ključno je za zdravlje zuba i desni. Stariji ljudi treba da izbegavaju prekomjerno konzumiranje slatkiša i gaziranih pića, jer oni mogu povećati rizik od karijesa i drugih oralnih bolesti. Preporučuje se unos hrane bogate vlaknima, povrća, voća i mliječnih proizvoda koji podstiču zdravlje zuba i desni.(Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

Kontrola suhoće usta: S obzirom na to da starije osobe često pate od suhoće usta (xerostomije), posebno zbog upotrebe lijekova ili smanjenog lučenja pljuvačke, preporučuje se upotreba vlažnih bombona, sprejeva ili gelova koji mogu pomoći u vlaženju usne šupljine. Takođe, unos dovoljne količine vode tokom dana može smanjiti simptome suvoće usta i poboljšati oralno zdravlje.(Linden, G., & Watt, R.,2019)

Takođe, neki lijekovi mogu doprinijeti suhoći usta, pa je važno da stomatolog bude upoznat sa svim lijekovima koje pacijent koristi.(Ristić, A., & Živanović, S.,2019)

3.3. Programi edukacije i podizanja svijesti

Jedan od ključnih faktora u prevenciji oralnih bolesti kod starijih osoba je edukacija i podizanje svesti o važnosti oralnog zdravlja. Programi koji promovišu redovne stomatološke preglede, pravilnu oralnu higijenu i zdrav način života mogu značajno doprineti poboljšanju oralnog zdravlja starijih osoba.

Javne kampanje i edukativni programi: U mnogim zemljama postoje programi koji promovišu oralno zdravlje među starijim osobama kroz javne kampanje i seminare. Ove kampanje obuhvataju teme kao što su pravilno pranje zuba, važnost fluoridacije, upotreba zubnog konca,

kao i uticaj ishrane na oralno zdravlje. Edukacija se može provoditi kroz različite kanale, uključujući televizijske reklame, internet, brošure i društvene mreže. (Nikolić, B., 2019)

Programi u zajednici: U zajednicama, posebno u domovima za starije osobe, mogu se organizovati redovni pregledi i besplatne ili subvencionirane stomatološke usluge. Kroz ove programe, starije osobe mogu dobiti potrebne stomatološke tretmane i savjete o održavanju oralnog zdravlja. Osim toga, edukativni radnici mogu obučavati starije osobe o tome kako da prepoznaju rane znakove oralnih bolesti i kada da potraže pomoć od stomatologa.

Saradnja sa zdravstvenim radnicima: Zdravstveni radnici koji rade sa starijim osobama, kao što su gerontolozi, medicinske sestre i socijalni radnici, takođe mogu igrati ključnu ulogu u podizanju svijesti o važnosti oralnog zdravlja. Oni mogu pružiti informacije o preventivnim mjerama i obratiti pažnju na oralne probleme koji mogu uticati na opšte zdravlje starijih osoba. (Pine, C., & Harris, R., 2018)

Inicijative za besplatan pristup stomatološkim uslugama: Za starije osobe koje žive u socijalno ugroženim uslovima, inicijative koje omogućavaju besplatan ili subvencionisan pristup stomatološkim uslugama mogu doprinijeti njihovom oralnom zdravlju. Takvi programi mogu biti sprovedeni kroz nevladine organizacije, državne institucije ili privatne stomatološke ordinacije koje nude besplatan tretman starijim pacijentima.

Prevenција u stomatologiji za starije osobe ima ključnu ulogu u očuvanju njihovog oralnog zdravlja i poboljšanju kvaliteta života. Kroz implementaciju preventivnih tretmana, edukaciju i sveobuhvatne programe, moguće je značajno smanjiti učestalost oralnih bolesti i omogućiti starijim osobama da uživaju u boljem zdravlju i funkcionalnosti usne šupljine. (Marinković, M., & Lazić, M., 2021)

4. STOMATOLOŠKI TRETMANI I INTERVENCIJE ZA STARIJE OSOBE

4.1. Protetska stomatologija u starijoj dobi

Protetska stomatologija igra ključnu ulogu u očuvanju funkcije žvakanja, govora i estetike kod starijih osoba. Gubitak zuba, bilo zbog prirodnog starenja, povreda ili bolesti, može značajno uticati na kvalitet života starijih osoba. Protetske intervencije kao što su zubne proteze, implantati i mostovi omogućavaju obnavljanje funkcije usne šupljine i vraćanje izgleda koji može biti narušen gubitkom zuba. (Nikolić, B., 2019)

Zubne proteze: Zubne proteze su najčešće korišćena protetska rješenja za starije osobe koje su izgubile sve ili većinu svojih zuba. Postoje totalne i parcijalne proteze, koje omogućavaju pacijentima da ponovo koriste zube za žvakanje i govorenje. Proteze mogu biti djelimično ili potpuno prilagođene, a danas su moderne proteze izrađene od materijala koji izgledaju i funkcionišu gotovo identično stvarnim zubima. Za starije osobe sa smanjenim kapacitetom za pravilno održavanje higijene, korištenje lako uklonjivih proteza predstavlja jednostavno rešenje. (Yates, M., & Matin, N., 2020). ; (Marinković, M., & Lazić, M., 2021)

Implantati: Zubni implantati su trajno rješenje za zamjenu izgubljenih zuba i danas predstavljaju jedan od najefikasnijih načina za vraćanje funkcije usne šupljine. Implantati su titanijumski postavljeni vijci koji se ugrađuju u kost vilice, a na njih se postavljaju krunice, mostovi ili proteze. Iako je ugradnja implantata specifičan i često zahtjevan postupak, on pruža

izuzetne rezultate u pogledu funkcionalnosti i estetike, posebno kod starijih osoba koje žele dugoročno rješenje za gubitak zuba. (Yates, M., & Matin, N.,2020)

Mostovi: Mostovi su još jedno rješenje za zamjenu jednog ili više zuba, a u suštini predstavljaju most između dva zdrava zuba ili implantata. Mostovi mogu biti fiksni ili promjenjivi, zavisno od specifičnih potreba pacijenta. Korištenje mostova omogućava obnavljanje funkcije žvakanja i estetike, dok istovremeno smanjuje potrebu za nošenjem proteza. Ovaj tip protetskog tretmana ima vrlo prirodan izgled i može biti vrlo efikasan za starije osobe koje žele očuvati funkcionalnost usne šupljine. (Yates, M., & Matin, N.,2020)

4.2. Endodoncija i parodontologija u starijoj dobi

Endodoncija i parodontologija predstavljaju ključne oblasti stomatologije kada je u pitanju tretman oralnih bolesti kod starijih osoba. Ove grane stomatologije fokusiraju se na očuvanje prirodnih zuba i zdravlje desni, što je od vitalnog značaja za ukupno oralno zdravlje starijih pacijenata. (Ristić, A., & Živanović, S.,2019)

Endodoncija (liječenje korijena): Liječenje kanala korijena, poznato i kao endodoncija, veoma je važno za očuvanje zuba kod starijih osoba koje pate od infekcija ili oštećenja unutar zuba. U starijoj dobi, zubi su podložniji infekcijama zbog smanjenog imuniteta, suhoće usta i slabije cirkulacije. Liječenje kanala korijena omogućava pacijentima da spase zube koji bi inače morali biti izvađeni, čime se očuva funkcionalnost usne šupljine i sprečava dalje komplikacije. Ovaj tretman podrazumijeva čišćenje i dezinfekciju unutrašnjosti zuba, a zatim njegovo punjenje posebnim materijalom kako bi se spriječila ponovna infekcija. (Nikolić, B., 2019)

Parodontologija (liječenje bolesti desni): Parodontne bolesti, kao što su gingivitis i parodontitis, vrlo su česte kod starijih osoba. Ove bolesti mogu dovesti do ozbiljnih problema poput gubitka zuba i oštećenja kosti. Liječenje parodontnih bolesti zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje profesionalno čišćenje zuba, skaliranje, kiretažu desni, kao i primjenu antibiotika ili drugih tretmana za kontrolu infekcija. Kod starijih osoba, parodontologija je važna i zato što parodontalne bolesti mogu biti povezane sa drugim sistemskim bolestima, poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i respiratornih infekcija. Preventivna i kurativna parodontološka njega ključna je za očuvanje zdravlja desni i funkcionalnosti usne šupljine. (Đorđević, S.,2020)

4.3. Hirurške intervencije i anestezija

Hirurške intervencije u stomatologiji za starije osobe predstavljaju specifičan izazov, jer stariji pacijenti često imaju smanjenu sposobnost oporavka, različite medicinske komorbiditete i povećan rizik od komplikacija tokom ili nakon zahvata. Ipak, postoje određene hirurške intervencije koje mogu biti neophodne kako bi se rješavali problemi sa zubima i usnom šupljinom. (Jovanović, T., & Kovačević, J.,2018)

Hirurške intervencije: Hirurški zahvati u stomatologiji obuhvataju vađenje zuba, ugradnju implantata, kao i rješavanje problema sa čeljusnim zglobovima i tkivima usne šupljine. Kod starijih osoba, najčešće intervencije uključuju vađenje zuba koji se ne mogu spasiti i postavljanje implantata ili proteza.

Takođe, stariji pacijenti mogu biti podložni bolestima čeljusnog zgloba, što može zahtevati hirurške zahvate za korekciju problema. Važno je napomenuti da kod starijih osoba treba

pažljivo planirati svaki hirurški zahvat, uzimajući u obzir sve zdravstvene rizike i specifične potrebe pacijenta. (Vuković, D., & Petrović, N.,2021)

Anestezija i postoperativna njega: Primjena anestezije kod starijih osoba mora biti pažljivo planirana, jer ova populacija može imati smanjenu toleranciju na određene lijekove i anesteziju. Lokalna anestezija obično se koristi za manje zahvate, ali u slučajevima kada su potrebni invazivniji postupci, kao što su vađenje zuba ili ugradnja implantata, može biti potrebna opšta anestezija ili sedacija. Važno je da stomatolog i anesteziolog rade zajedno kako bi osigurali sigurnost pacijenta tokom zahvata. (Locker, D.,2004)

Postoperativna njega takođe je od ključne važnosti, jer stariji pacijenti mogu imati sporiji oporavak od hirurških zahvata. Pružanje adekvatnih smjernica o postoperativnoj ishrani, kontroli bola, upotrebi lekova i higijeni usne šupljine pomaže u prevenciji komplikacija i ubrzanju procesa oporavka. Takođe, stariji pacijenti mogu biti podložniji infekcijama, pa je važno pratiti stanje usne šupljine nakon zahvata i pružiti odgovarajuću medicinsku pomoć u slučaju komplikacija. (Ristić, A., & Živanović, S.,2019)

Stomatološki tretmani za starije osobe uključuju širok spektar intervencija, od protetskih rješenja koja obnavljaju funkcionalnost usne šupljine, preko liječenja bolesti korijena i desni, pa sve do hirurških zahvata koji pomažu u rješavanju specifičnih problema sa zubima i čeljusnim zglobovima. Razumevanje specifičnih potreba starijih pacijenata, kao i prilagođavanje tretmana njihovom opštem zdravstvenom stanju, ključno je za postizanje optimalnih rezultata u stomatološkoj njezi ove populacije. (Đorđević, S.,2020)

5. ZAKLJUČAK

Stomatološka njega starijih osoba predstavlja ključan aspekt zdravstvene zaštite, s obzirom na rastuću populaciju starijih ljudi i specifične izazove s kojima se suočavaju. U ovom radu analizirani su osnovni aspekti oralnog zdravlja u starijoj dobi, uključujući najčešće bolesti i stanja, uticaj oralnog zdravlja na opće zdravstveno stanje, kao i ulogu stomatologa u pružanju adekvatne njege. Posebna pažnja posvećena je preventivnim mjerama, dijagnostičkim i terapijskim pristupima te pristupačnosti stomatoloških usluga starijoj populaciji.

Jedan od ključnih zaključaka ovog istraživanja jeste da loše oralno zdravlje može imati dalekosežne posljedice po opće zdravlje starijih osoba, doprinoseći razvoju sistemskih bolesti poput kardiovaskularnih oboljenja, dijabetesa i respiratornih infekcija. Stoga je interdisciplinarna saradnja između stomatologa, gerijatara, nutricionista i drugih zdravstvenih profesionalaca od suštinske važnosti za sveobuhvatnu njegu starijih pacijenata.

Osim zdravstvenih izazova, rad je ukazao i na brojne socijalne i ekonomske barijere koje otežavaju pristup stomatološkoj njezi u starijoj dobi. Mnogi stariji pacijenti nemaju adekvatno stomatološko osiguranje, suočavaju se s geografskim preprekama ili imaju ograničene fizičke sposobnosti koje otežavaju posjete stomatološkim ordinacijama. Stoga je neophodno razvijati i unapređivati modele stomatološke zaštite koji uključuju mobilne stomatološke jedinice, kućne posjete i subvencionirane stomatološke usluge.

Preventivna stomatologija za starije osobe pokazala se kao ključni faktor u očuvanju oralnog zdravlja i smanjenju potrebe za invazivnim stomatološkim intervencijama. Redovni pregledi, pravilna oralna higijena, uravnotežena ishrana i fluoridacija značajno doprinose smanjenju učestalosti oralnih bolesti. Edukacija starijih osoba, ali i njihovih njegovatelja i članova porodice, igra ključnu ulogu u održavanju oralne higijene i prevenciji komplikacija.

Zaključno, buduće strategije u stomatološkoj njezi starijih osoba trebaju se fokusirati na poboljšanje dostupnosti stomatoloških usluga, povećanje svijesti o važnosti oralnog zdravlja i integraciju stomatološke njege u opći zdravstveni sistem za starije osobe. Starenje populacije zahtijeva sveobuhvatne, prilagođene i dugoročne strategije kako bi se osiguralo da starije osobe uživaju u visokom kvalitetu života uz optimalno oralno zdravlje. Razvoj gerontostomatoloških programa i usvajanje inovativnih pristupa u liječenju i prevenciji oralnih bolesti trebali bi biti prioriteta kako na lokalnom, tako i na globalnom nivou.

6. LITERATURA

1. Bezić, D. (2017). Zdravlje usne šupljine starijih osoba: Dijagnostika i terapijski pristupi. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, str. 45-50.
2. Đorđević, S. (2020). Gerontostomatologija: Klinički pristupi i tretmani. Niš: Niški medicinski fakultet, str. 12-15, 33-37.
3. Chalmers, J. M., Carter, K. D., & Spencer, A. J. (2019). Oral health and quality of life in older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, str. 377-389.
4. Dempsey, M., McLaughlin, J., & Burke, F. M. (2022). The impact of oral health on the general health of the elderly. *Gerodontology*, str. 105-117.
5. Ghezzi, E., & Stevens, M. (2018). The impact of oral health on general health in older adults. *Journal of Dental Research*, str. 135-142.
6. Griffin, S. O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P. M., & Bailey, W. D. (2012). Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health*, str. 411-418.
7. Jovanović, T., & Kovačević, J. (2018). Sistemski problemi u stomatologiji gerijatrijskih pacijenata. Beograd: Univerzitet u Beogradu Stomatološki vjesnik, str. 22-25, 60-64.
8. Kovačević, T., & Stojković, N. (2017). Oralna higijena i stomatološke intervencije u starijem uzrastu. Novi Sad: Fakultet za stomatologiju, str. 41-47.
9. Kossioni, A., & Papadopoulos, N. (2021). *Geriatric dentistry: A comprehensive guide*. London: Wiley-Blackwell, str. 89-93, 112-119.
10. Kumar, S., Kothari, M., Grender, J., & Joshi, K. (2020). Oral health and aging: Systematic changes and their implications. *International Journal of Dentistry*, str. 198-210.
11. Linden, G., & Watt, R. (2019). Oral health and aging: Bridging the gap in geriatric care. *Journal of Clinical Periodontology*, str. 271-278.
12. Locker, D. (2004). Oral health and quality of life in older adults. *Special Care in Dentistry*, str. 164-169.
13. Lukić, S. (2019). Gerontostomatologija: Novi izazovi u praksi. Novi Sad: Medicinski fakultet, str. 30-35.
14. Marinković, M., & Lazić, M. (2021). Gerontostomatologija: Savremeni pristupi i izazovi. Beograd: Institut za zdravstvenu zaštitu, str. 55-60, 102-105.
15. Miller, J., & Palomo, L. (2021). The role of dentistry in aging populations. *Journal of the American Dental Association*, str. 373-381.
16. Naik, S., Maganur, P., Khanagar, S., & Al-Ehaideb, A. (2021). Age-related oral changes and their impact on oral health-related quality of life among frail elderly populations: A review. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 21, str. 1298-1303.
17. Nikolić, B. (2019). Socijalni aspekti stomatologije starijih osoba. Beograd: Zdravstveni institut, str. 48-52.
18. Pine, C., & Harris, R. (2018). Oral health in older people: Challenges and solutions. Oxford: Oxford University Press, str. 100-105.
19. Pina G de M S, Mota Carvalho R, Silva B S de F, Almeida F T. (2020). Prevalence of hyposalivation in older people: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*, str. 317-331.
20. Razak, P. A., Richard, K. M. J., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: A review article. *Journal of International Oral Health*, str. 110-116.
21. Rapp L, Maret D, Diemer F, Lacoste Ferré M. Dental Caries in Geriatric Dentistry: An Update for Clinicians. *Int J Oral Dent Health* 2019

<https://clinmedjournals.org/articles/ijodh/international-journal-of-oral-and-dental-health-ijodh-5-080.php?jid=ijodh> (04.03.2025).

22. Ristić, A., & Živanović, S. (2019). Zdravlje starijih osoba i stomatološka nega. Beograd: Medicinski fakultet, str. 30-34, 75-80.
23. Simić, I. (2020). Specifičnosti stomatološke nege starijih osoba. Kragujevac: Kragujevački univerzitet, Fakultet za stomatologiju, str. 18-22.
24. Soh, G., & Lee, H. (2020). Oral health and systemic diseases in the elderly: A clinical approach. Clinical Geriatrics, str. 34-42.
25. Stojanović, J., (2020). Prevencija oralnih bolesti u starijoj dobi. Novi Sad: Vojvođanski medicinski centar, str. 40-45.
26. Vuković, D., & Petrović, N. (2021). Pristup stomatološkoj nezi starijih osoba u Srbiji. Beograd: Medicinski fakultet, str. 18-22.
27. Yates, M., & Matin, N. (2020). Challenges in geriatric oral care: Multidisciplinary approaches. Clinical Geriatric Dentistry, str. 74-80
28. World Health Organization (WHO). (2021). Oral health in ageing populations: A global perspective. Geneva: WHO, str. 5-15, 70-78.

POTREBE I ZAHTJEVI STARIJIH OSOBA U SKLADU S BIOLOŠKOM DOBI

Sažetak

Savremeno društvo suočava se s izazovima demografskog starenja i potrebom za prilagođavanjem različitih aspekata socijalne, zdravstvene i ekonomske politike kako bi se osigurala adekvatna podrška starijim osobama. Starije osobe suočavaju se s fizičkim promjenama koje mogu utjecati na njihovu sposobnost za samostalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti. S godinama dolazi do smanjenja mišićne mase, gustoće kostiju i elastičnosti kože, što zahtijeva specifične potrebe, poput prilagodbe životnog prostora, fizičke terapije i preventivnih zdravstvenih usluga. Zdravlje starijih osoba je često ugroženo kroničnim bolestima i potrebom za redovnim medicinskim praćenjem, socijalnim interakcijama, psihološkoj pomoći i aktivnostima koje potiču mentalnu aktivnost. Starije osobe često imaju smanjen pristup informacijama, pa je važno ulagati u edukaciju koja će im pomoći da prepoznaju svoje zdravstvene i životne potrebe, kao i kako ih zadovoljiti uz pomoć dostupnih usluga i podrške.

Ključne riječi: satarost, starenje Starije osobe, potrebe i zahtjevi starijih, aktivno starenje

NEEDS AND REQUIREMENTS OF OLDER ADULTS IN ACCORDANCE WITH BIOLOGICAL AGE

Summary

Modern society faces challenges related to demographic aging and the need to adapt various aspects of social, health, and economic policies to ensure adequate support for older individuals. Older adults face physical changes that can impact their ability to perform daily activities independently. With age, there is a reduction in muscle mass, bone density, and skin elasticity, which requires specific needs, such as adjustments to living spaces, physical therapy, and preventive healthcare services. The health of older adults is often threatened by chronic illnesses and the need for regular medical monitoring. Considering biological age, there is an increased need for continuous medical assistance, medication, and tailored healthcare services that ensure a quality of life. Along with biological aging, emotional and psychological changes often occur, such as heightened sensitivity to loss (death of friends, reduced social networks) and social isolation. The health of the elderly is often threatened by chronic diseases and the need for regular medical monitoring, social interactions, psychological help and activities that stimulate mental activity. Older individuals often have limited access to information, making it important to invest in education that will help them recognize their health and life needs and how to meet them with available services and support.

Keywords: old age, aging, older adults, needs and demands of the elderly, active aging

¹ Fakultet za medicinu, farmaciju i zdravstvo, Evropski univerzitet Brčko distrikt BiH

1. UVOD

Starost je životni period osobe koji dolazi nakon zrelosti, obično povezan s fiziološkim, psihološkim i socijalnim promjenama. U užem smislu starost je "prirodni biološki proces starenja organizma koji dovodi do postupnog opadanja funkcionalnih sposobnosti, povećanog rizika od bolesti i smanjene sposobnosti organizma da se prilagodi stresorima." Starost je karakterizirana dubokim, nepovratnim degradacijskim funkcionalnim kapacitetima organizma. Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu nego su integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju. Starost je vrijeme kad život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mladosti

1.1. Starenje i starost

Treba razlikovati pojmove: *starenje i starost*.

Starenje je kontinuirani proces kroz cio život. Na starenje utiču i unutrašnji (genetika) i spoljašnji faktori (okruženje, način života). Dok je **sarost** je specifična faza koja se javlja na kraju životnog ciklusa, kada su kapaciteti organizma za oporavak i funkcionisanje u velikoj mjeri iscrpljeni.

Kod starenja promjene koje nastupe mogu biti reverzibilne, dok kod starosti promjene su ireverzibilne.

Starost se obično ne određuje strogo prema godinama, definiše se na osnovu fizičkih, mentalnih i socijalnih promjena koje se javljaju s godinama. Proces starenja je individualan i pod utjecajem genetskih, okolišnih i životnih faktora. Medicinska znanost često razlikuje:

- **Biološku starost** (fiziološko stanje tijela).
- **Kronološku starost** (broj godina života).

Hronološki pristup o počinjanju starosti je 65 godina i +. **Biološki pristup** počinje smanjenjem regenerativnim sposobnostima stanica, smanjenje snage, energije, fleksibilnosti i elastičnosti.

Psihološki i socijalni faktori počinju ličnim osjećajem mentalnog zdravlja i nivoa aktivnosti.

WHO (Svetska zdravstvena organizacija) starost dijeli na:

- Mladi stari: 65–74 godine;
- Stari: 75–84 godine;
- Vrlo stari: 85+ godina.

1.2. Definiranje starosti kroz biološki, hronološki i psihološki aspekt

Starost se može definirati kroz navedene aspekte i to kao:

- **Biološka starost:** Odnosi se na fiziološko stanje organizma, koje zavisi od genetskih, zdravstvenih i životnih faktora.
- **Hronološka starost:** Mjeri se prema broju godina od rođenja.

– **Psihološka starost:** Odnosi se na mentalno i emocionalno stanje osobe u odnosu na njene godine.

– **Socijalna starost:** Povezana je s društvenim ulogama i očekivanjima vezanim za starije ljude.

2. OPĆE POTREBE I ZAHTJEVI STARIJIH OSOBA

Opće potrebe i zahtjevi starijih osoba u savremenom društvu su raznovrsni i kompleksni, jer su povezani s fizičkim, psihološkim, socijalnim i ekonomskim aspektima života.

Oblasti i podoblasti kroz koje mogu starije osobe ostvariti svoje **opće potrebe i zahtjeve**:

1. **Zdravstvene potrebe. Pristup zdravstvenoj njezi:** Redovni pregledi, specijalistička pomoć, medicinske terapije i rehabilitacija. **Preventivna zdravstvena zaštita:** Programi za prevenciju bolesti povezanih sa starenjem, poput dijabetesa, osteoporoze i kardiovaskularnih bolesti. **Pomoć pri mobilnosti:** Fizioterapija, ortopedska pomagala i olakšan pristup zdravstvenim ustanovama. **Mentalno zdravlje:** Podrška u suočavanju s depresijom, anksioznošću, demencijom i drugim mentalnim stanjima.

2. **Socijalne potrebe. Društvena povezanost:** Aktivnosti koje sprečavaju izolaciju i usamljenost, poput klubova, radionica i društvenih događaja. **Međugeneracijska podrška:** Veza s porodicom i zajednicom za održavanje osjećaja pripadnosti. **Volonterski rad i doprinos zajednici:** Omogućavanje starijim osobama da aktivno učestvuju u društvenom životu.

3. **Ekonomsku sigurnost. Finansijska stabilnost:** Primanje odgovarajućih penzija i socijalnih naknada za zadovoljenje osnovnih potreba. **Pristupačno stanovanje:** Subvencije ili prilagođeni domovi za starije osobe. **Pristup uslugama:** Smanjeni troškovi za prijevoz, zdravstvene usluge i osnovne životne potrebe.

4. **Sigurnost i zaštita. Zaštita od nasilja i zlostavljanja:** Uspostavljanje zakonskih i institucionalnih mehanizama za borbu protiv zlostavljanja starijih osoba. **Fizička sigurnost:** Prilagodba javnih prostora kako bi bili sigurni i pristupačni.

5. **Edukacija i informisanje. Digitalna pismenost:** Edukacija za korištenje tehnologije kako bi se olakšao pristup informacijama, uslugama i komunikaciji. **Pristup informacijama:** Informisanje o pravima, dostupnim uslugama i zdravstvenoj edukaciji.

6. **Psihološke potrebe. Samopouzdanje i dostojanstvo:** Podrška u očuvanju osjećaja vrijednosti i poštovanja. **Kontrola nad sopstvenim životom:** Uvažavanje prava na donošenje odluka o sopstvenom životu i zdravstvenim tretmanima.

7. Rekreativne i kulturne potrebe (prilagođeni starijim osobama).

Savremeno društvo ima odgovornost razviti strategije i programe kako bi odgovorilo na ove potrebe i omogućilo starijim osobama dostojanstven i kvalitetan život.

U stanju sarosti, organizam ima značajno smanjenu sposobnost da se prilagodi stresorima ili oporavi od bolesti i povreda.

2.1. Definiranje potreba i zahtijeva starijih osoba

Potrebe su osnovne i univerzalne te se odnose na očuvanje *ljudskog dostojanstva i kvalitete života*.

Zahtjevi su specifični oblici potreba, *oblikovani prema individualnim okolnostima, preferencijama i mogućnostima starijih osoba*.

2.1.1. Specifične potrebe starijih osobe

Specifične potrebe starijih osobe su potrebe koje se odnose na fizičko, mentalno i socijalno blagostanje. Te potrebe mogu varirati u zavisnosti od njihovog zdravstvenog stanja, životnog stila i društvenog okruženja. Pružanje podrške starijim osobama znači razumevanje njihovih individualnih potreba i osiguravanje da imaju sve što im je potrebno za dostojanstven, srećan i ispunjen život. U specifične potrebe spadaju:

1. Fizičke potrebe: Zdravstvena briga: Redovni medicinski pregledi, pristup ljekarima, terapijama i lijekovima. **Sigurnost u kretanju:** Prilagođeni domovi (npr. rukohvati, protuklizne površine) i pomoćna sredstva poput štapova, hodalica ili invalidskih kolica. **Pravilna ishrana:** Dijete prilagođene njihovim zdravstvenim potrebama (npr. za dijabetes, hipertenziju). **Fizička aktivnost:** Lagane vežbe ili aktivnosti poput šetnje, joge ili plivanja radi održavanja kondicije. **Adekvatan san:** Udobni prostori za spavanje i rutine koje omogućavaju kvalitetan odmor.

2. Mentalne i emocionalne potrebe: Društvena uključenost: Redovni kontakti sa porodicom, prijateljima ili lokalnom zajednicom kako bi se izbjegla usamljenost. **Mentalna stimulacija:** Aktivnosti poput čitanja, rješavanja zagonetki, igranja društvenih igara ili učenja novih vještina. **Podrška za mentalno zdravlje:** Pristup savjetnicima ili grupama za podršku, posebno ako se suočavaju sa gubitkom ili depresijom. **Potreba za poštovanjem:** Osiguravanje osjećaja dostojanstva i samostalnosti u svakodnevnom životu.

3. Praktične potrebe: Finansijska sigurnost: Stabilni prihodi kroz penziju, pomoć u upravljanju finansijama ili pristup socijalnim programima. **Transport:** Dostupnost javnog prevoza ili organizovanog transporta za starije osobe. **Pomoć u domaćinstvu:** Pomoć u kućnim poslovima, pripremi obroka, održavanju higijene ili nabavci.

4. Socijalne potrebe: Učešće u zajednici: Aktivnosti poput volontiranja, pridruživanja klubovima ili odlaska na događaje. **Komunikacija:** Pristup tehnologiji (npr. mobilni telefoni, video pozivi) kako bi ostali povezani sa bližnjima. **Duhovni aspekti:** Za one koji to žele, mogućnost praktikovanja vjere ili prisustvovanja religijskim okupljanjima.

5. Sigurnost i zaštita: Zaštita od zlostavljanja: Prevencija bilo kojeg oblika fizičkog, emocionalnog ili finansijskog zlostavljanja. **Pristup hitnim službama:** Brza i jednostavna dostupnost pomoći u slučaju nezgoda ili hitnih situacija.

2.1.2. Specifični zahtjevi starijih osoba

Specifični zahtjevi starijih osoba s obzirom na biologiju starosti odnose se na fiziološke promjene koje se događaju tokom starenja. Glavni aspekti tih potreba bili bi:

1. Aspekt prehrana i metabolizam. Smanjena potreba za kalorijama: Metabolizam se usporava, pa starije osobe trebaju manje kalorija, ali s više mikro-makro nutritivnih potreba.

Povećana potreba za proteinima: Kako bi se spriječio gubitak mišićne mase (sarkopenija). **Unos vitamina i minerala:** Potrebe za kalcijem, vitaminom D, B12, magnezijem i omega-3 masnim kiselinama rastu kako bi se održalo zdravlje kostiju, živčanog sustava i imunološke funkcije. **Hidracija:** Osjećaj žeđi se smanjuje, pa postoji rizik od dehidracije.

2. Aspekt fizičke aktivnosti. Održavanje mobilnosti: Blage do umjerene vježbe poput hodanja, istezanja i laganog treninga snage pomažu očuvanju mišićne mase, ravnoteže i fleksibilnosti. **Prevenција ozljeda:** Zbog slabijih kostiju (osteopenija, osteoporoza), važno je izbjegavati aktivnosti visokog rizika. **Vježbe ravnoteže:** Smanjenje rizika od padova ključno je za sprječavanje ozbiljnih ozljeda.

3. Aspekt mentalnog zdravlja i kognicija. Stimulacija mozga: Aktivnosti u čitanju, rješavanju križaljki i društvene igre pomažu u održavanju kognitivnih sposobnosti. **Prevenција izolacije:** Socijalni kontakti i podrška ključni su za mentalno zdravlje. **Podrška za pamćenje:** usvajanje novih vještina, društvene igre, održavanje socijalnih veza i učešće u društvenim aktivnostima, pisanje.

4. Aspekt imunološkog sistema. Prevenција infekcija: Starenje oslabljuje imunološki sistem, pa su cjepiva protiv gripe, pneumonije i COVID virusa važna. **Zdrav način života:** Uravnotežena prehrana, tjelo vježba i dobar san jačaju imunitet.

5. Aspekt zdravlja kostiju i zglobova. Prevenција osteoporoze: Unos kalcija i vitamina D te lagane vježbe s opterećenjem. **Ublažavanje bolova u zglobovima:** Fizioterapija, lijekovi i dodaci prehrani, poput glukozamina, mogu pomoći kod artritisa.

6. Aspekt zdravlja srca i krvnih žila. Kontrola krvnog tlaka i holesterola: Prehrana bogata vlaknima i redovita fizička aktivnost pomažu u prevenciji kardiovaskularnih bolesti. **Prevenција dehidracije:** Održavanje volumena krvi ključan je za pravilnu cirkulaciju.

7. Osjetila i percepcija. Njega vida i sluha: Redoviti pregledi vida i sluha pomažu u prevenciji problema. **Adaptacija okoline:** Dobra rasvjeta i pomoćna tehnologija mogu olakšati svakodnevni život.

8. Aspekt spavanje. Poboljšanje kvalitete sna: redovni odlazak na spavanje, zamračena soba (radi oslobađanja hormona spavanja melatonina).

9. Aspekt farmakoloških potreba. Praćenje lijekova: Često uzimaju više lijekova (polifarmacija), pa je važno pratiti interakcije i nuspojave. **Individualizirani pristup:** Prilagođavanje terapija s obzirom na promjene u funkciji jetre i bubrega.

10. Aspekt psihosocijalnih potreba. Emocionalna podrška: Pomoć u prilagodbi na promjene, gubitke i smanjenje funkcionalnosti. **Samostalnost:** Pomagala poput hodalica, prilagođenog namještaja i tehnologije olakšavaju svakodnevni život.

Očuvanje kvalitete života starijih osoba zahtijeva integriran pristup koji uključuje fizičke, mentalne i društvene aspekte.

Društvo treba da obezbijedi aktivno starenje, jer starost nije bolest nego životna faza smanjenog funkcionalnih sposobnosti. U stanju sarosti, organizam ima značajno smanjenu sposobnost da se prilagodi stresorima ili oporavi od bolesti i povreda.

3. AKTIVNO ZDRAVO STARENJE KAO NAČIN SMANJENJA POTREBA I ZAHTJEVA STARIJIH OSOBA

Zdravo aktivno starenje podrazumjeva redovitu tjelesnu aktivnost, pravilnu, raznovrsnu i uravnoteženu prehranu i pozitivan stav prema životu-životnom vjeku, izbor pravilnog kritičkog stila života. Zadovoljavanje sedam fizičkih potreba starijih osoba, uključujući prehrane potrebe, upravljanje lijekovima (izbjegavanje polifarmacije), redovitu tjelesnu vježbu, spavanje i odmor, kontrolu boli, osobnu higijenu i redovite zdravstvene preglede, ključno je za pružanje sveobuhvatne skrbi

Kada su stariji ljudi zdraviji, aktivniji, angažiraniji u društvene sfere, to donosi društvenu i ekonomsku korist za cjelokupno društvo. Starija populacija nije homogena, starenje je individualno, dok fizičko, ekonomsko, društveno i kulturno okruženje mogu utjecati na tok starenja. Starenje ima kontinuitet u životnom ciklusu.

Odsutnost bolesti nije preduvjet za zdravo starenje, ukoliko je pogrešan stil života.

Principi aktivnog starenja usmjereni su na poboljšanje kvalitete života starijih osoba, smanjenje njihove ovisnosti o vanjskoj pomoći i pružanje podrške u održavanju fizičke, mentalne i socijalne aktivnosti.

1. Očuvanje fizičkog zdravlja i mobilnosti: Promicanje redovite tjelesne aktivnosti koja održava snagu, ravnotežu i fleksibilnost, smanjujući rizik od padova i povećavajući samostalnost. Uvođenje programa vježbi za starije osobe koji poboljšavaju kardiovaskularno zdravlje i funkciju mišića i zglobova.

2. Podrška mentalnom zdravlju: Programi koji se bave prevencijom kognitivnog opadanja, poput mentalnih vježbi, edukativnih sadržaja i društvenih aktivnosti koje potiču mentalnu agilnost. Pristupi koji smanjuju osjećaj usamljenosti i socijalne izolacije, poput angažiranja u društvenim skupinama, volonterskim aktivnostima i obiteljskim mrežama podrške.

3. Društvena uključenost: Promicanje aktivnog sudjelovanja starijih osoba u društvenim i kulturnim događanjima, čime se povećava njihov osjećaj vrijednosti i smanjuje socijalna isključenost. Stvaranje zajedničkih prostora i usluga koje omogućuju starijim osobama da se povežu i sudjeluju u društvenim aktivnostima, kao što su klubovi za starije osobe ili intergeneracijske inicijative.

4. Podrška neovisnosti: Razvijanje tehnologija i pomoćnih uređaja (poput pametnih uređaja i automatskih sistema) koji mogu olakšati svakodnevne aktivnosti, kao što su upravljanje lijekovima, priprema hrane ili upravljanje domaćinstvom. Promicanje "prijateljskih" zajednica koje uključuju pristup javnim prostorima, trgovinama i javnom prijevozu prilagođenim starijim osobama.

5. Zdravstvena skrb i prevencija bolesti: Osiguranje redovite medicinske skrbi, uključujući preventivne preglede i cijepljenja, kao i brzo prepoznavanje i liječenje kroničnih bolesti. Uvođenje holističkih pristupa koji uzimaju u obzir cijeli životni stil osobe, uključujući prehranu, spavanje, emocionalnu dobrobit i preventivne mjere.

6. Edukacija i informiranost: Programi za obrazovanje starijih osoba o zdravlju, sigurnosti, zakonodavstvu i novim tehnologijama, kako bi se osjećali osnaženi i sposobni donositi informirane odluke. Podrška u razvijanju samostalnih vještina, poput upravljanja financijama ili pristupa informacijama putem interneta.

2.2. Održavanje kvaliteta starijih osoba u gerontološkim centrima

Da bi se održao kvalitet života starije osobe u gerontološkim centrima treba se organizirati dole nevedene potrebe a to su:

- organizirani dnevni boravak za starije,
- zdravstveno, psihološko, socijalno i pravno savjetovanje,
- preventivne zdravstvene mjere,
- programi tjelesne aktivnosti,
- fizikalne terapije, rekreacijske,
- kulturno-zabavne i okupacijske aktivnosti,
- osiguranje obroka,
- pomoći i njege u kući, posudionica ortopedskih pomagala i razne usluge tzv. gerontoservisa.

2.3. Određivanje kvaliteta života u trećoj životnoj dobi

Kvaliteta života u trećoj životnoj dobi obično se određuje kombinacijom fizičkih, psiholoških, socijalnih i ekonomskih parametara. Neki od ključnih faktora su:

1. Fizičko zdravlje: Mobilnost i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Prisutnost kroničnih bolesti (poput dijabetesa, artritisa, hipertenzije). Opća razina tjelesne kondicije i prehrambeni status. Pristup zdravstvenoj skrbi i medicinskim uslugama.

2. Psihološko zdravlje: Razina zadovoljstva životom i emocionalna stabilnost. Prisutnost ili odsutnost depresije, anksioznosti ili kognitivnih problema (npr. demencija). Osjećaj svrhe i smisla života. Stres i sposobnost suočavanja s gubicima (poput gubitka partnera ili prijatelja).

3. Socijalna uključenost: Obiteljski odnosi i podrška. Prisutnost prijatelja i šire društvene mreže. Uključenost u društvene aktivnosti ili zajednicu (volontiranje, klubovi, hobiji). Osjećaj pripadnosti i povezanosti s drugima.

4. Ekonomska sigurnost: Financijska stabilnost i primanja (mirovina, štednja, socijalne naknade). Pristup sigurnom i prikladnom stambenom prostoru. Mogućnost zadovoljenja osnovnih potreba (hrana, odjeća, lijekovi).

5. Okolišni faktori: Kvaliteta stanovanja (npr. prilagodba doma za starije osobe). Pristup uslugama i javnim prijevozom. Sigurnost u zajednici i podrška lokalnih službi.

6. Subjektivna percepcija: Kako osoba doživljava svoje zdravlje i životnu situaciju. Osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Razina zadovoljstva i sreće.⁽¹⁰⁻¹³⁾

3. ZADATCI INSTITUCIJA DA BI POKAZALI BRIGU O STARIJIM LICIMA U SAVREMENOM DRUŠTVU

Što bi trebale institucije uraditi na potrebama i zahtjevima starije generacije 65+?

Institucije bi trebale usmjeriti svoje resurse i strategije kako bi odgovorile na potrebe i zahtjeve starijih osoba (65+) kroz holistički pristup koji uključuje zdravstvenu, socijalnu, ekonomsku i kulturnu dimenziju.

Fokus institucija treba biti usmjeren na:

1. Zdravstvenu njegu: Poboljšanje pristupa zdravstvenim uslugama: Osigurati dostupnost specijaliziranih zdravstvenih usluga, uključujući gerijatriju, fizikalnu terapiju i mentalno zdravlje. **Preventivna medicina:** Ulaganje u programe za prevenciju bolesti poput dijabetesa, hipertenzije i osteoporoze. **Kućna njega i palijativna skrb/njegu:** Razviti sustave podrške za kućnu njegu kako bi starije osobe mogle ostati u svojim domovima što je dulje moguće.

2. Socijalnu podršku: Programi protiv izolacije: Organizirati zajedničke aktivnosti, dnevne centre i klubove za starije osobe kako bi se smanjila socijalna izolacija. **Međugeneracijska solidarnost:** Poticati programe suradnje između starijih osoba i mladih kako bi se gradile snažnije zajednice. **Podrška skrbnicima:** Osigurati edukaciju, financijsku podršku i resurse za obitelji koje brinu o starijima.

3. Ekonomiju i financijsku sigurnost: Sigurnost mirovinskog sistema: Jamčiti redovite i dostatne mirovine koje omogućavaju dostojanstven život. **Podrška za ponovno zapošljavanje ili dodatne prihode:** Poticati fleksibilne oblike rada ili volontiranje za starije osobe koje žele ostati aktivne. **Porezne olakšice:** Pružiti porezne pogodnosti za troškove liječenja, njege ili prilagodbu stanovanja.

4. Stanovanja i mobilnost: Prilagodba stanova i infrastrukture: Omogućiti subvencije za prilagodbu kuća i stanova kako bi bili sigurni i pristupačni za starije osobe (npr. ugradnja rampi, lifтова, sigurnosnih elemenata). **Prijevoz:** Osigurati besplatan ili subvencioniran javni prijevoz prilagođen starijim osobama, kao i usluge prijevoza na zahtjev za one s ograničenom mobilnošću.

5. Edukacija i digitalna inkluzija: Tehnološka pismenost: Organizirati besplatne tečajeve kako bi starije osobe mogle koristiti tehnologiju za komunikaciju, online usluge i informiranje. **Životno učenje:** Poticati sudjelovanje u obrazovnim i kulturnim programima kako bi se održala intelektualna aktivnost.

6. Kultura i rekreacija: Pristup kulturnim i sportskim sadržajima: Osigurati povoljnije ulaznice za muzeje, kazališta i sportske aktivnosti. **Aktivni stil života:** Organizirati grupe za rekreaciju poput šetnji, joge ili plesa za starije osobe.

7. Pravna zaštita: Zaštita od zloupotrebe: Usvojiti mjere protiv financijske, fizičke ili emocionalne zloupotrebe starijih osoba. **Pravna savjetovanja:** Osigurati besplatnu pravnu pomoć za starije osobe u pitanjima poput nasljedstva, stanovanja ili zaštite prava.

8. Participacija u donošenju odluka: Uključivanje starijih u politike: Potaknuti starije osobe da sudjeluju u donošenju odluka putem savjetodavnih tijela, lokalnih vijeća ili nevladinih organizacija.

Kombinacija ovih mjera omogućit će starijim osobama dostojanstven, zdrav i ispunjen život te će promovirati njihovu aktivnu ulogu u društvu.

3.1. Ključne institucije koje bi trebale biti uključene u zaštitu i brigu o starijim osobama

Ključne institucije koje bi trebale biti uključene u zaštitu i brigu o starijim osobama su:

1. Ministarstva na državnom i entitetskom nivou:

- Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH.
- Ministarstva zdravstva (na nivou Federacije BiH, Republike Srpske i Brčko Distrikta).
- Ministarstva rada i socijalne politike (na entitetskom nivou).

2. Centri za socijalni rad (na lokalnom nivou).

3. Institucije za javno zdravstvo.

- Instituti za javno zdravstvo Federacije BiH, Republike Srpske i Brčko Distrikta - trebaju razvijati programe prevencije bolesti i promocije zdravog starenja.

4. Fondovi za penzijsko i invalidsko osiguranje.

- Obavezni su osigurati isplatu penzija i dodatnih prava koja mogu pomoći u poboljšanju kvaliteta života starijih osoba.

5. Domovi za stare i ustanove za dugotrajnu njegu.

6. Policijske agencije i pravosudni organi

- Osiguravanje zaštite starijih osoba od nasilja, zloupotrebe i zanemarivanja. Također, pružanje pravne pomoći u slučaju ugrožavanja njihovih prava.

7. Nevladine organizacije i udruženja

- Mnoge nevladine organizacije u BiH (npr. Udruženje penzionera) pružaju podršku kroz programe pomoći, socijalizaciju i zaštitu prava starijih osoba.

8. Lokalne vlasti

- Općine i gradovi trebaju razvijati lokalne strategije za podršku starijim osobama, uključujući usluge poput pomoći u kući, mobilnih timova za njegu, te aktivnosti za društvenu integraciju.

9. Institucija ombudsmena za ljudska prava BiH

- Nadgleda poštivanje prava starijih osoba i može intervenirati u slučaju kršenja.

Preporučene sveukupne aktivnosti bile bi u:

- Razvoju zakona i strategija za starije osobe na državnom nivou.
- Poboljšanje zdravstvene i socijalne infrastrukture.

- Podizanje svijesti o pravima i potrebama starijih osoba kroz kampanje i edukaciju.

Za efikasnu zaštitu starijih osoba, neophodna je saradnja svih navedenih institucija, zajedno s lokalnim zajednicama i civilnim društvom. ⁽¹⁻⁸⁾

4. ZAKLJUČAK

Važno je naglasiti holističkog pristupa koji u obzir uzima biološke, socijalne, psihološke i ekonomske aspekte, te potrebu za društvenom odgovornošću u osiguravanju što kvalitetnijeg života starijih osoba kroz osvarivanje njihovih potreba i zahtijeva.

Potrebno je evaluirati objektivno zdravstvene potrebe starijih osoba što je od izuzetnog značaja zbog rastućeg udjela starijih, i zbog osobitosti njihovog zdravstvenog stanja, funkcionalne (ne)sposobnosti, multiborbiditeta (vodeće i prateće dijagnoze).

Potrebno je uvesti informacijski sistem za praćenje, analizu i evaluaciju fokusiranih gerontološko javnozdravstvenih pokazatelja koji bi ukazivala o potrebi i zaktijevu starijih osoba na nivou (primarne, sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite).

Reference

1. Miković, M. (2003). Sociology after Bosnia. *Review: Periodical for Social Issues / Za društvena Pitanja*, 1 (1-2), 181–184. Retrieved from <https://pregled.unsa.ba/index.php/pregled/article/view/30>
2. Glavić Marinović M, Mandić A, Juraga D, Vasiljev V, Rukavina D, Bilajac L. (2020). Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi Med Jad;50(4):285-291.
3. Maček Z, Balagović I, Mandić M, Telebuh M, Benko S. (2017). Fizička aktivnost uzdravom i aktivnom starenju. 14(1):146-148.
4. Lepan Ž. i Leutar Z. (2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi, Soc. Ekol. Zagreb. 2012 Feb; (2): 203-223.
5. Uremović M, Kuharić D, Stašević I. (2022). Usporedba objektivne i subjektivneprocjene funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi. Acta MedCroatica.72(2-3):95-105.
6. Vaishya R, Misra A, Vaish A, Ursino N, D Ambrosi R.(2024). Snaga stiska ruke kao predloženi novi vitalni znak zdravlja: narativni pregled dokaza. Zdravlje Popul Nutr. 43(1):7.
7. Lucanin, Jasminka & Lucanin, Damir & Havelka, Mladen. (2006). KVALITETA STARENJA - SAMOPROCJENA ZDRAVLJA I POTREBE ZA USLUGAMA SKRBI. Društvena istraživanja: Journal for General Social Issues (di@pilar.hr); Vol.15 No.4-5 (84-85).
8. Lučanin, D., Despot Lučanin, J. i Havelka, M. (2000). Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku*, 7 (1), 19-27, <https://doi.org/10.3935/rsp.v7i1.267>
9. Kendić S. i saradnici. (Univ. udžbenik). **GERIJATRIJSKA NJEGA** (zdravstveno-psihološka, sociološko-teološka i tjelesno-mentalna zaštita osoba treće dobi). Bihać: Visoka zdravstvena škola Univerziteta u Bihaću, 2010.
10. Kendić S., Salihagić S., Porić S. **KOMPENDIJ gerijatrije, geroprofilakse sa gerijatrijskom zdravstvenom njegom** (Univerzitetski udžbenik). Bihać: Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Bihaću, 2022. (230 stranica)
11. Kendić Sulejman i sur. (11). **(223) HRONIČNE NEZARAZNE BOLESTI** (prevencija, preventivna dijagnostika, liječenje i rehabilitacija) (Univerzitetski udžbenik). Bihać: Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Bihaću, (600 stranica).
12. Salihagić Adem, Kendić Sulejman. **Repetitorij gerontologije** (Univerzitetetski udžebnik), Bihać: Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Bihaću, 2024. (258 stranica).
13. Sulejman Kendić, Adem Salihagić, Hajrudin Halilović, Sead Ljubijankić (2024). **Osnove kliničko-laboratorijske dijagnostike**. (Univerzitetetski udžbenik), Bihać: Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Bihaću, (385 stranica)

VAŽNOST ORALNOG ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

Abstrakt

Dva važna faktora doprinose većoj šansi za pogoršanje stanja oralnog zdravlja kod starijih osoba. Prvo, napredak u oralnoj zdravstvenoj zaštiti i liječenju doveo je do smanjenja broja bezubih pojedinaca i značajno se povećao procenat odraslih koji zadržavaju zube do kasno u životu. Drugo, zanemarena briga o sebi i/ili profesionalna nega doveli su do smanjene upotrebe oralne zdravstvene zaštite. Ovaj pregledni rad prikazuje posledice lošeg oralnog zdravstvenog statusa i njegov uticaj na opšte zdravlje starijih osoba i daje pregled važnih faktora koji omogućavaju i onemogućavaju pružanje oralne zdravstvene zaštite starijim osobama. Smanjenje kognitivnih i funkcionalnih sposobnosti, hiposalivacija izazvana lijekovima, smanjen puferski kapacitet pljuvačke i visoka kiselost pljuvačke, dijabetes melitus, broj izloženih površina korijena usled recesije gingive, visoka učestalost konzumiranja šećera i loši socio-ekonomski uslovi su glavni predisponirajući faktori za porast karijesa kod starih osoba. Loša oralna higijena, pušenje duvana i prekomjerna konzumacija alkohola zajedno sa nekim sistemskim oboljenjima, kao što su metabolički sindrom, reumatoidni artritis, šećerna bolest i postmenopauzalna osteoporoza su važni faktori rizika za parodontalnu bolest, a kasnije i periimplantitis. Iako se poslednjih godina sve veća pažnja poklanja poboljšanju oralne zdravstvene zaštite starih ljudi, postoji mnogo dokaza koji pokazuju da je oralno zdravlje starijih ljudi, posebno u staračkim domovima još uvijek loše. Čini se da je uvođenje novih načina za poboljšanje oralnog zdravstvenog statusa starijih ljudi primenom novih smernica ili modela zdravstvene zaštite ipak složen proces. Zbog toga se loš status oralnog zdravlja može smatrati novim gerijatrijskim gigantom kod slabih starijih ljudi, koji zaslužuje hitnu pažnju zdravstvenih i socijalnih radnika, naučnika i političara.

Ključne riječi: Gerontostomatologija, Oralno zdravlje, Bolesti usta

Abstract

Two important factors contribute to the greater chance of oral health deterioration in the elderly. First, advances in oral health care and treatment have led to a decrease in the number of edentulous individuals and a significant increase in the percentage of adults who retain their teeth late in life. Second, neglected self-care and/or professional care led to decreased use of oral health care. This review paper shows the consequences of poor oral health status and its impact on the general health of the elderly and provides an overview of the important factors that enable and hinder the provision of oral health care to the elderly. Decreased cognitive and functional abilities, drug-induced hyposalivation, reduced buffering capacity of saliva and high acidity of saliva, diabetes mellitus, number of exposed root surfaces due to gingival recession, high frequency of sugar consumption and poor socio-economic conditions are the main predisposing factors for caries increase in the elderly. Poor oral hygiene, tobacco smoking and excessive alcohol consumption together with some systemic diseases, such as metabolic

syndrome, rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and postmenopausal osteoporosis are important risk factors for periodontal disease and later peri-implantitis. Although increasing attention has been paid in recent years to improving the oral health care of the elderly, there is much evidence to show that the oral health of the elderly, especially in nursing homes, is still poor. However, introducing new ways to improve the oral health status of older people through new guidelines or health care models seems to be a complex process. Therefore, poor oral health status can be considered a new geriatric giant in frail older people, which deserves urgent attention from health and social workers, scientists and politicians.

Keywords: Geriatric dentistry, Oral health care, Oral mucosal diseases.

1. UVOD

Udio starijih ljudi u razvijenim zemljama značajno se povećao tokom poslednjih nekoliko decenija i očekuje se da će se dalje povećati u narednim dekadama. Ova demografska promjena će imati važne implikacije na zdravstvene usluge. Više starijih ljudi će se suočiti sa više morbiditeta i invaliditeta i zbog toga će im trebati sve veći dio usluge zdravstvene zaštite. Oni koji nisu u stanju da samostalno funkcionišu često dobijaju podršku od strane patронаžnih službi ili ih primaju u staračke domove.

Napredak u oralnoj njezi i liječenju u poslednjih nekoliko decenija doveo je do smanjenja broja bezubih pojedinaca, a značajno se povećao procenat odraslih koji zadržavaju sve više svojih prirodnih zuba do kasnog života. Pored toga, sve veći broj starijih ljudi sa zubima ima istrošene abradirane zube, zubne implantate, sofisticirane nadoknade i proteze podržane zubima i implantatima. Dakle, njima je kontinuirano potrebna i preventivna i kurativna oralna zdravstvena zaštita. Složenost oralnog zdravstvenog stanja, sistemske bolesti i upotreba više lijekova čine starije osobe podložnijim oralnim problemima u odnosu na mlađe starosne grupe, još više kod onih sa kognitivnim oštećenjima. Slabije oralno zdravlje javlja se zbog zanemarene brige o sebi i/ili profesionalne njege, i kao rezultat smanjenog korišćenja zdravstvene zaštite, već je prisutno kod starijih ljudi kada još uvijek borave u zajednici. Tako da u trenutku prijema u starački dom ili bolnicu, mnogim starim osobama je već hitno potrebna oralna zdravstvena zaštita, a ako i ona izostane, njihov oralni zdravstveni status će se progresivno pogoršavati tokom boravka uz ozbiljne rizike po opšte zdravlje.

Ovaj pregledni rad izvještava o posljedicama lošeg oralnog zdravlja i njegovom uticaju na opšte zdravlje starijih osoba i daje pregled važnih faktora koji omogućavaju pružanje adekvatne oralne zdravstvene zaštite ovoj ciljnoj grupi.

2. GLAVNE POSLJEDICE LOŠE ORALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE KOD STARIJIH OSOBA

2.1. Karijes

Karijes izazivaju autohtoni oralni mikroorganizmi, uglavnom *Streptococcus mutans*, koji postaju dinamički biofilm, koji u prisustvu fermentabilnih šećera proizvodi organske kiseline sposobne da rastvore neorgansku gled i dentin, nakon čega sledi proteolitičko uništavanje kolagena, ostavljajući meki dentin inficiran. Prevalencija karijesa kod starijih osoba varira između 20–60% u zajednici i 60–80% u staračkim domovima. Sve je više dokaza da stariji ljudi mogu doživjeti progresivni karijes, koji se često razvija za relativno kratko vrijeme. Glavni predisponirajući uslovi za razvoj karijesa kod starijih osoba su: oštećenje kognitivnih i funkcionalnih sposobnosti, hiposalivacija izazvana lijekovima, smanjen puferski kapacitet pljuvačke i visoka kiselost pljuvačke, dijabetes melitus, broj izloženih površina korena usled recesije gingive, loša oralna higijena, visoka konzumacija i učestalost lošeg socioekonomskog stanja pojedinca. Prevencija i liječenje karijesa kod starijih osoba zasniva se na kontroli plaka, preciznoj procjeni rizika od karijesa, odgovarajućim savjetima o ishrani, lokalnoj terapiji fluoridima i odgovarajućoj profesionalnoj oralnoj zdravstvenoj zaštiti.

2.2. Parodontalna bolest (parodontopatija)

Parodontalna bolest je inflamatorna bolest parodontalnog, potpornog aparata izazvana pretežno anaerobnim gram-negativnim bakterijama koje se nalaze u plaku na subgingivalnim površinama zuba. Upala dovodi do stvaranja patoloških parodontalnih džepova. Parodontalna bolest je ozbiljna bolest kod većine starijih ljudi koji su zadržali svoje prirodne zube. Efekti starenja na parodontalna tkiva su uzrokovani molekularnim promjenama u parodontalnim ćelijama koje intenziviraju gubitak koštane mase kod starijih osoba sa parodontalnom bolešću. Ovi efekti mogu biti povezani sa promenama u diferencijaciji i proliferaciji osteoblasta i osteoklasta, povećanjem odgovora parodontalnih ćelija na oralnu mikrofloru i mehaničkim stresom koji dovodi do lučenja citokina uključenih u resorpciju kostiju i sistemskih endokrinih promjena kod starijih ljudi.

Pregled literature je pokazao da je prevalencija umjerene do teške parodontalne bolesti sa džepovima od 4 mm ili više kod starijih ljudi koji žive u zajednici varirala između 62% i 91%. Kod štićenika staračkih domova, prevalencija parodontalne bolesti sa najmanje jednim parodontalnim džepom od 2 do 3 mm varirala je između 50% i 75%, a primjećene su i nove lezije kao i napredovanje postojećih.

Specifične vrste parodontalne bakterijske flore su identifikovane kao navodni patogeni za početak i progresiju bolesti. Utvrđeno je da je prisustvo subgingivnog kamenca povezano sa početkom, a zubnog plaka sa progresijom bolesti. Dostupni dokazi su pokazali da su pogoršavajući faktori loša oralna higijena, pušenje duvana i prekomerna konzumacija alkohola. Sistemske bolesti za koje se navodi da su važni faktori rizika za parodontalnu bolest su

metabolički sindrom, reumatoidni artritis, dijabetes melitus i postmenopauzalna osteoporoza kod žena. Opšte je prihvaćeno da ovi komorbiditeti, koja su naročito rasprostranjena kod starijih osoba, povećavaju osjetljivost na parodontalnu bolest. Neke studije sugeriraju dvosmjernu vezu između glikemije i parodontalne bolesti što pokazuje i meta-analiza o poboljšanju zdravstvenog stanja osoba sa dijabetesom, nakon liječenja parodontalne bolesti. Parodontitis i drugi razlozi za vađenje zuba proučavani su u različitim populacijama. U dobi iznad 40 godina, parodontitis čini oko 30% do 35% vađenja zuba, a razlozi povezani sa karijesom čine 50% vađenja zuba. U starijim starosnim grupama, međutim, vađenje zuba se radi podjednako zbog parodontitisa i karijesa.

2.3. Peri-implantitis

Oralna rehabilitacija djelimično ili potpuno bezubih pacijenata sa zubnim implantatima postala je uobičajena praksa tokom posljednje decenije, sa pouzdanim dugoročnim rezultatima. Na prelazu milenijuma, marketinške procene su pokazale da se preko 2 miliona zubnih implantata godišnje ugradi širom sveta, a očekuje se da će se ovaj broj dodatno povećati u narednih nekoliko godina. Dokumentovana visoka stopa preživljavanja oseointegrisanih zubnih implantata dovela je do njihovog prihvatanja kao realnog modaliteta liječenja. Uprkos ovim uspjesima tokom 5 godina, 14–70% zubnih implantata pokazalo je inflamatorne reakcije oko implantata, koje su bile povezane sa gubitkom kosti, što bi na kraju moglo dovesti do gubitka implantata. Međutim, sve ove studije prevalencije periimplantitisa nisu uključivale starije starosne grupe i gerijatrijske pacijente. Periimplantitis se definiše kao inflamatorni proces koji utiče na tkiva oko oseointegrisanog implantata u funkciji, što rezultira gubitkom potporne kosti, što je često povezano sa krvarenjem, supuracijom, povećanom dubinom sondiranja, pokretljivošću i radiografskim gubitkom kosti. Pokazalo se da je zapaljenje izraženije i da zapaljenski proces ide dublje i brže oko zubnog implantata nego oko susednog prirodnog zuba. Bakterijske infekcije igraju najvažniju ulogu u gubitku zubnih implantata. Bakterijska flora, koja je povezana sa parodontitisom i periimplantitisom, je slična. Studije su pokazale da se bakterijska flora na mjestima gdje se implantat neuspješno sastoji od gram-negativnih anaerobnih bakterija uključujući *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* i *Actinobacillus Actinomicetemcomitans*, koje podsjećaju na patogene u parodontalnoj bolesti. Pokazalo se da su bakterije koje se nalaze u sulkusu implantata u uspješnim slučajevima implantacije, u osnovi ista flora koja se nalazi u prirodnom sulkusu zuba u zdravom stanju. Čini se da implantati kod pacijenata sa parcijalnom bezubošću imaju veći rizik od periimplantitisa nego implantati kod pacijenata sa totalnom bezubošću. Postoji izrazito kvantitativno smanjenje broja parodontalnih patogena oko implantata kod potpuno bezubih pacijenata. Moguće je da prirodni zubi mogu poslužiti kao rezervoari za parodontalni patogeni od kojih mogu kolonizovati implantate u istim ustima. Ovo pojačava važnost rigoroznih mjera oralne higijene kod pacijenata sa implantatima.

3. FAKTORI RIZIKA ZA ORALNE BOLESTI KOD STARIJIH OSOBA

3.1. Smanjeno lučenje pljuvačke

Pljuvačka igra ključnu ulogu u oralnoj homeostazi modulacijom ekosistema unutar usne duplje. Druge funkcije pljuvačke su čišćenje usne duplje, podmazivanje prehrambenih supstanci, formiranje bolusa hrane, olakšavanje žvakanja i gutanja, podmazivanje sluznice usne šupljine i ždrela i olakšavanje govora. Specifična funkcija pljuvačke je zaštita zuba od karijesa puferskim delovanjem.

Pljuvačka je jedinstvena tečnost koju luče glavne pljuvačne žlezde (parotidne, submandibularne i sublingvalne žlezde) i stotine manjih pljuvačnih žlezda koje se nalaze na nepcu, usnama, obrazima i jeziku. Da bi se održalo dobro oralno i opšte zdravlje, potrebno je lučiti adekvatnu količinu pljuvačke. U fiziološkim uslovima, otprilike 500-1000 mL pljuvačke se luči svaka 24 sata. Hiposalivacija je objektivno određena kratkoća pljuvačke (brzina lučenja cele pljuvačke u mirovanju $\leq 0,10$ mL/min; žvakanje i brzina lučenja pljuvačke stimulisane kiselinom $\leq 0,50$ mL/min) i može se javiti iz nekoliko uzroka. Hiposalivacija može doprinijeti nekoliko drugih oralnih tegoba, kao što su opšta oralna nelagodnost, peckanje i žarenje u ustima i jeziku, traumatske oralne lezije, halitoza, netolerancija na kiselu i začinjenu hranu, loša stabilnost proteze, poremećaji ukusa i žvakanja, polidipsija, disfagija, itd. Hiposalivacija može uzrokovati oštećenja mekih tkiva i kolonizaciju mikroorganizama, kandidijazu, parodontalnu bolest i karijes.

Kserostomija je definisana kao subjektivni osećaj suvoće usta. Generalno, do kserostomije dolazi kada se cjelokupna stopa lučenja pljuvačke smanji na nivo ispod 50% normalne stope lučenja pljuvačke. Međutim, ljudi koji se žale na kserostomiju možda nemaju hiposalivaciju, a ljudi sa hiposalivacijom se ne moraju sami po sebi žaliti na kserostomiju. Za mjerenje kserostomije može se koristiti validirana verzija upitnika kserostomije za starije osobe. Ovaj upitnik daje zbirni rezultat koji predstavlja težinu kserostomije i pokazuje da prevalencija kserostomije, kao i hiposalivacije kod institucionalizovanih starijih osoba varira između 20 i 80% za oboje.

3.2. Lijekovi i oralno zdravlje

Uticaj lijekova na oralno zdravlje je dobro dokumentovan, u smislu efekata na oralnu sluznicu, čulo okusa i alveolarnu kost. Najčešći neželjeni efekti upotrebe lijekova su hiposalivacija i kserostomija. Lijekovi mogu smanjiti brzinu lučenja pljuvačke. Za ovu pojavu relevantni su i vrsta lijekova i broj korišćenih lijekova. Kod mnogih starijih osoba, a posebno onih u staračkim domovima, broj korišćenih lijekova je vrlo visok (polifarmacija) zbog njihovog opšteg zdravstvenog stanja i ostalih komorbiditeta.

3.3. Drugi faktori rizika za oralne bolesti

Prevalencija hroničnih bolesti raste sa godinama. U skladu s tim, njen uticaj na oralno zdravstveno stanje pojedinca je često značajan. Faktori rizika za oralne bolesti su četiri vodeće hronične bolesti kod ljudi: dijabetes melitus, hronične respiratorne bolesti, kardiovaskularne bolesti i tumori. Pored toga, nezdrava ishrana, pušenje, upotreba alkohola i loša oralna higijena su takođe faktori rizika za oralne bolesti.

3.3.1. Oralno zdravlje i ishrana

Izveštaji ukazuju na uzajamnu korelaciju između ishrane i oralnog zdravlja. S jedne strane, stanje oralnog zdravlja može imati implikacije na ishranu; s druge strane, ishrana igra ključnu ulogu u etiologiji oralnih bolesti kao što su karijes, erozija zuba i bolesti oralne sluzokože. Pored toga, ishrana je važan faktor u održavanju parodontalnog tkiva i na kraju može dovesti do gubitka zuba što kasnije može izazvati poteškoće u ishrani, čime se stvara začaran krug. Starije osobe sa kompromitovanim stomatološkim stanjem menjaju izbor hrane i smanjuju unos ključnih hranljivih materija, unoseći manje količine proteina, vlakana, mikronutrijenata, vitamina i minerala. Učestalost i prevalencija pothranjenosti, kako kod slabih starijih osoba koje žive u zajednici, tako i kod onih u staračkim domovima širom svijeta i dalje je relativno visoka. Za održavanje dobrog oralnog i opšteg zdravlja, adekvatna ishrana i sistematsko, redovno praćenje oralnog i nutritivnog statusa čini se od velike važnosti, posebno kod starijih osoba.

3.3.2. Oralno zdravlje i njegov uticaj na opšte zdravlje

Oralno zdravlje utiče na žvakanje, izbor hrane, govor, čulo okusa, hidrataciju, izgled i psihosocijalno ponašanje i stoga je suštinski dio opšteg zdravlja sa uticajem na kvalitet života osobe tokom celog njenog životnog veka. Nekoliko svjetskih izvještaja je pokazalo da je oralno zdravlje starijih ljudi, posebno slabih i nemoćnih prilično loše. Jasne su veze između oralnog zdravlja i opšteg zdravlja, tj. bolesti npr. dijabetesom melitusom, respiratornim i kardiovaskularnim bolestima. Pored toga, različite studije sugerišu da između 50% i 75% štićenika staračkih domova ima određene poteškoće pri gutanju i kao posledicu imaju visok rizik od gušenja i razvoja aspiracione pneumonije od anaerobnih bakterija koje su prisutne u ustima.

U sistematskom pregledu literature koji procjenjuje faktore rizika za aspiracionu pneumoniju kod starijih osoba, identifikovano je 12 značajnih faktora rizika: starost, muški pol, plućne bolesti, disfagija, neuhranjenost, dijabetes melitus, teška demencija, Parkinsonova bolest, angiotenzin I-konvertujući enzim, delecija genotipa 1p36, inhibicija angiotenzin konvertujućeg enzima i loše oralno zdravlje. U sistematski pregled literature pokazao je da je adekvatna oralna zdravstvena njega smanjila količinu potencijalnih respiratornih patogena i

smanjila rizik od aspiracione pneumonije poboljšanjem refleksa gutanja i smanjila osjetljivost refleksa kašlja.

Takođe Američkog Heart Association navodi da opsežan pregled literature ukazuje da je parodontalna bolest povezana sa aterosklerozom.

4. VAŽNI FAKTORI U VEZI SA PRUŽANJEM ORALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Postoje čvrsti dokazi da su adekvatna oralna higijena i adekvatna oralna zdravstvena zaštita odlučujući faktori za očuvanje dobrog oralnog zdravlja. Loša oralna higijena je značajan prediktor gubitka zuba kod starijih ljudi. Zanemarena oralna zdravstvena zaštita može povećati morbiditet i mortalitet. Mnoge starije osobe koje zavise od nege nisu u stanju da same očiste svoja usta i/ili mobilne zubne nadoknade u staračkim domovima. Međutim, medicinske sestre-tehničari i njihovi pomoćnici često pogrešno shvataju i zanemaruju važnost oralnog zdravlja. Nedostatak znanja o oralnom zdravlju i veština oralne zdravstvene nege osoblja za negu onemogućava postizanje prihvatljivog nivoa oralne higijene. Nedostatak prioriteta oralne zdravstvene zaštite od strane samih štićenika, ili njihovih porodica, ili osoblja za negu je još jedna prepreka za pravilno oralno zdravlje i svakodnevnu oralnu higijenu. U mnogim slučajevima otpor starih osoba u domovima prema pranju zuba demotivise medicinske tehničare i pomoćno osoblje. Shodno tome, moraju se razviti nove strategije kako bi se promovisalo optimalno oralno zdravlje. Do nedavno, edukacije i osposobljavanje medicinskih tehničara u pružanju individualne oralne zdravstvene nege za štićenike staračkih domova nije bilo prioritarno za menadžere i ljekare domova. Opšte je poznato da se uvođenje inovativnih modela zdravstvene zaštite i primjena novih protokola zdravstvenih radnika predstavlja složen proces.

Dvije randomizovane kontrolisane studije pokazale su mnoštvo prepreka tokom implementacije modela Holandskog uputstva za oralnu zdravstvenu zaštitu osoba u staračkim domovima, odsustvo profesionalne oralne zdravstvene nege od strane stomatologa, nemogućnost medicinskih tehničara da uoče oralnu patologiju, kao i poštovanje samoopredeljenja i izbora starih osoba.

5. ZAKLJUČAK

Ovaj pregledni rad pokazuje da će, ukoliko se ne naprave značajna poboljšanja, oralne bolesti i problemi u vezi sa oralnim zdravljem imati sve negativniji uticaj na opšte zdravlje i kvalitet života starijih osoba. Veliki deo starijih ljudi pati od takozvanih gerijatrijskih giganta koji uključuju padove, nepokretnost, inkontinenciju i pogoršanje mentalnih funkcija. Zovu se gerijatrijski giganti jer je njihova prevalencija posebno visoka kod starijih ljudi i zato što suštinski i negativno utiču na svakodnevni kvalitet života. Shodno tome, loš status oralnog zdravlja može se percipirati kao potencijalni novi gerijatrijski gigant kod starih ljudi, koji zaslužuje značajnu pažnju zdravstvenih i socijalnih radnika, naučnika, pomoćnog osoblja kao i političara u primjeni strategija rešavanja ovog ozbiljnog savremenog zdravstvenog i društvenog problema.

6. LITERATURA

1. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. Gerodontology 2004;21:17–26.
2. Banting DW, Ellen RP, Fillery ED. Prevalence of root surface caries among institutionalized older persons. Community Dent Oral Epidemiol 1980;8:84–8.
3. Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. J Am Dent Assoc 2007;138(Suppl.):26S–33S.
4. Branca S, Bennati E, Ferlito L, Spallina G, Cardillo E, Malaguamera M, et al. The health care in the extreme longevity. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49:32–4.
5. Chalmers JM. Minimal intervention dentistry: part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. J Can Dent Assoc 2006;72:427–33.
6. Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G. Caries prevalence in older persons with and without dementia. J Am Geriatr Soc 2008;56:59–67.
7. Ettinger RL. Oral health and the aging population. J Am Dent Assoc 2007;138(Suppl.):5S–6S.
8. Fure S, Zickert I. Prevalence of root surface caries in 55, 65, and 75-year-old Swedish individuals. Community Dent Oral Epidemiol 1990;18:100–5.
9. Fure S. Ten-year cross-sectional and incidence study of coronal and root caries and some related factors in elderly Swedish individuals. Gerodontology 2004;21:130–40.
10. G.-J. van der Putten, L. De Visschere, C. van der Maarel-Wierink, J. Vanobbergen, J. Schols The importance of oral health in (frail) elderly people - A review
11. Guivante-Nabet C, Berenholc C, Berdal A. Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population–15-months follow-up in French institutions. Gerodontology 1999;16:47–58.
12. Holm-Pedersen P, Russell SL, Avlund K, Viitanen M, Winblad B, Katz RV. Periodontal disease in the oldest-old living in Kungsholmen, Sweden: findings from the KEOHS project. J Clin Periodontol 2006;33:376–84.
13. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. J Dent Educ 2005;69:987–97.
14. Huttner EA, Machado DC, de Oliveira RB, Antunes AG, Hebling E. Effects of human aging on periodontal tissues. Spec Care Dentist 2009;29:149–55.
15. Johanson CN, Osterberg T, Steen B, Birkhed D. Prevalence and incidence of dental caries and related risk factors in 70- to 76-year-olds. Acta Odontol Scand 2009;67:304–12.
16. Katsanoulas T, Renee I, Attstrom R. The effect of supragingival plaque control on the composition of the subgingival flora in periodontal pockets. J Clin Periodontol 1992;19:760–5.
17. Lundgren M, Emilson CG, Osterberg T, Steen G, Birkhed D, Steen B. Dental caries and related factors in 88- and 92-year-olds. Cross-sectional and longitudinal comparisons. Acta Odontol Scand 1997;55:282–91.
18. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? Clin Oral Implants Res 2007;18(Suppl. 3):2–14.

19. Pinducciu G, Micheletti L, Piras V, Songini C, Serra C, Pompei R, et al. Periodontal disease, oral microbial flora and salivary antibacterial factors in diabetes mellitus type 1 patients. Eur J Epidemiol 1996;12:631–6.
20. Rothera I, Jones R, Harwood R, Avery A, Waite J. Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing and residential homes. Age Ageing 2003; 32:303–9.
21. Ruby JD, Cox CF, Akimoto N, Meada N, Momoi Y. The caries phenomenon: a timeline from witchcraft and superstition to opinions of the 1500s to today's science. Int J Dent 2010;2010.
22. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. J Am Med Dir Assoc 2004; 5:207–12.
23. Timmerman MF, van der Weijden GA. Risk factors for periodontitis. Int J Dent Hyg 2006;4:2–7.
24. Wiktorsson AM, Martinsson T, Zimmerman M. Salivary levels of lactobacilli, buffer capacity and salivary flow rate related to caries activity among adults in communities with optimal and low water fluoride concentrations. Swed Dent J 1992;16:231–7.
25. Wu B, Plassman BL, Crout RJ, Liang J. Cognitive function and oral health among community-dwelling older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008;63: 495–500.
26. Wu B, Plassman BL, Liang J, Wei L. Cognitive function and dental care utilization among community-dwelling older adults. Am J Public Health 2007;9:2216–21.

SOCIOEKONOMSKI I DEMOGRAFSKI ČIMBENICI I NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA

Sažetak

Cilj ovog istraživanja je utvrditi povezanost socioekonomskih čimbenika s nasiljem nad starijima. Istraživanje je obuhvatilo 98 ispitanika koji su korisnici Doma za starije i nemoćne osobe. Podaci korišteni u svrhu istraživanja prikupljeni su pomoću anketnog upitnika koji se sastojao od općih sociodemografskih pitanja i „*Vulnerability to Abuse Screening Scale*“ (VASS) upitnika za samoprocjenu rizika od nasilje. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine ovisno o rezultatima VASS upitnika. Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika. Za usporedbu podataka korišten je Student t-test. Razina statističke značajnosti određena je na razini $p < 0,05$. U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna povezanost nasilja nad starijim osobama sa spolom, životnom dobi, razinom obrazovanja, prethodnim radnim statusom, ekonomskim statusom, bračnim statusom, tipom kućanstva, roditeljstvom, duljinom boravka u domu za starije i nemoćne osobe, financijskim uzdržavanjem od drugih osoba, donošenjem odluka, trenutnom podrškom bliskih osoba i rezultatima VASS upitnika. Međutim, prethodno prebivalište ispitanika u ruralnoj sredini ima statistički značajan utjecaj na pojavu rizika od nasilja prema VASS rezultatima ($p = 0,022$). Za donošenje konačnog zaključka o utjecaju socioekonomskih čimbenika trebalo bi provesti istraživanje na većem broju ispitanika.

Glavne riječi: starije osobe, nasilje, ekonomski i demografski čimbenici

Summary

The aim of this research is to determine the connection between socioeconomic factors and violence against the elderly. The research included 98 participants who are users of the Home for the Elderly and Infirm. The data used for the purpose of the research were collected using a questionnaire consisting of general sociodemographic questions and the "Vulnerability to Abuse Screening Scale" (VASS) questionnaire for self-assessment of the risk of violence. The respondents were divided into two groups depending on the results of the VASS questionnaire. Student t-test was used to compare data. Descriptive statistics were used for data processing. The level of statistical significance was determined at the level of $p < 0.05$. In this research, no statistically significant association of violence against the elderly with gender, age, level of education, previous work status, economic status, marital status, type of household, parentage, length of stay in a home for the elderly and infirm, financial support from others person, by making decisions, immediate support of close people and the results of the VASS questionnaire was found. However, the respondent's previous residence in a rural area has a significant influence on the appearance of the risk of violence according to the VASS results ($p = 0.022$). In order to reach a final conclusion about the influence of socioeconomic factors, research should be conducted on a larger number of participants.

Key words: elderly people, violence, economics and demographics factors

¹ Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb, Hrvatska

² Dom za starije i nemoćne Baka Ilona, Koprivnica, Hrvatska

Uvod

Udio starijeg stanovništva u Hrvatskoj ubrzano raste. Popis stanovništva iz 2021. godine pokazuje kako je najviše građana životne dobi od 60 do 64 godine (7,4 %), a udio starijih od 60 godina u ukupnoj populaciji je 30% (1). Globalne projekcije ukazuju na to da će se do 2050. godine udio starog stanovništva u svjetskoj populaciji više nego udvostručiti, na otprilike 20% (2). Kako se starija populacija povećava tako se povećava broj ljudi koji žive s kroničnim bolestima i čimbenicima rizika među kojima je i nasilje (3). Procjene prevalencije nasilja nad starijim osobama u svijetu kreću se od 4 do 15,7 %, iako je opće prihvaćeno da je taj udio još veći (4). Izvještaj SZO pokazuje kako su stope nasilja visoke u ustanovama kao što su domovi za starije. Nasilje predstavlja kršenje ljudskih prava, te ozbiljan gubitak dostojanstva i poštovanja (5).

Istraživači su posvetili brojne studije ispitivanju čimbenika rizika povezanih s nasiljem nad starijim osobama. Rizici za počinjenje nasilja klasificirani su kao demografski čimbenici, fizičko i mentalno zdravlje, društveni odnosi, kao i povijest nasilja. Čimbenici rizika za žrtve nasilja osoba starije životne dobi identificirani su kao starija dob, zajednički život, kognitivno oštećenje/bolest, depresija i socijalna izolacija (6).

Starost se pripisuje kronološkoj dobi pojedinca, a starenje se smatra ireverzibilnim, prirodnim fiziološkim procesom koji kod svakog pojedinca napreduje različitom brzinom. Kronološka i biološka starost uvjetovane su fenotipskom i genotipskom individualnošću pojedinca (7).

Postoje različiti načini definiranja starijih osoba, te se percepcija društva može uvelike razlikovati o shvaćanju starosti. Statistički podaci o starenju uglavnom kategoriziraju starije ljude prema određenoj dobnoj granici. Tako primjerice UN definira starije osobe kao one čija je dob 60 godina ili više (8), dok prema SZO u starije osobe ubrajaju one od 60 do 75 godina, u stare osobe od 76 do 90 godina i u vrlo stare one iznad 90 godina života (9). Globalno udio osoba u populaciji u dobi od 65 i više godina raste brže od svih ostalih dobnih skupina. Prema podacima iz World Population Prospects: Revizija 2019., do 2050. godine svaka šesta osoba u svijetu bit će starija od 65 godina (16%), a u Europi i Sjevernoj Americi bila bi to svaka četvrta osoba (10).

Nasilje nad starijim osobama

O pravima starijih piše se i govori tek nekoliko posljednjih desetljeća. Godine 2002. UN je izradio Internacionalni akcijski plan o starenju gdje su prvi puta u plan uključeni ciljevi i preventivne mjere protiv nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja nad osobama starije životne dobi. Prava osoba starije životne dobi utemeljena su na načelima dostojanstva, nezavisnosti, samozadovoljstva, uključenosti i njege. Najčešći problemi starijih osoba, poput zanemarivanja i nasilja, proizlaze iz teških obiteljskih situacija koje su nastale pod utjecajem socijalnih, društvenih, materijalnih, medicinskih i političkih promjena (11).

Pojmovno određivanje nasilja kompleksno je i široko. Nasilje osoba starije životne dobi učestali je problem s kompleksnim psihosocijalnim i medicinskim implikacijama. Općenito, nasilje starijih osoba definira se kao izravno nedjelovanje, nečinjenje ili nemar prema starijoj osobi koje im šteti a može dovesti i do ozljede. Nasilje nad starijim osobama uvjetno se dijeli u pet kategorija. To uključuje fizičko, emocionalno ili psihičko, seksualno nasilje, financijsko iskorištavanje i zanemarivanje. Moguće je istovremeno i više oblika nasilja. Definiranje nasilja ovisi o kulturnoj i socijalno-ekonomskoj određenosti društva (11).

Etiologija nasilja

Nasilje starijih je složena pojava s mnogim čimbenicima rizika i društvenim čimbenicima koje treba uzeti u obzir. Uključuje karakteristike žrtve i počinitelja, percepciju društva i čimbenike okoliša (12).

Karakteristike žrtve koje su snažno povezane s nasiljem starijih osoba uključuju povećano oslanjanje na skrbnika zbog fizičke, emocionalne, psihološke ili financijske ovisnosti. Prevladava uvjerenje da povećano oslanjanje na skrbnika dovodi do visokog opterećenja njegovatelja, što se može manifestirati nasiljem nad starijim osobama. Čimbenici rizika za žrtve su: ženski spol, smanjena sposobnost samozbrinjavanja, demencija, starija dob, nisko obrazovanje, loši ekonomski uvjeti te loše fizičko i mentalno zdravlje. Definirane su i karakteristike počinitelja povezane s nasiljem nad starijim osobama (12).

Društveni i okolišni čimbenici uključuju visoku stopu kriminala, nedostatak resursa zajednice, te uvjerenje da starije osobe vjerojatno neće biti žrtve nasilja. Također postoji nedovoljna edukacija među zdravstvenim djelatnicima o tome kako na odgovarajući način identificirati žrtve nasilja nad starijim osobama i upravljati njima. Nadalje, neodgovarajuća edukacija njegovatelja o tome kako upravljati agresivnim pacijentima, kao što su osobe s demencijom. Faktori rizika na razini zajednice posljedica su diskriminacije, egoizma i segregacije prema starijim osobama (12).

Epidemiologija nasilja

Nasilje nad starijim osobama je široko rasprostranjen, globalni problem s procijenjenom prevalencom od 5-16% prema podacima SZO, temeljene na dokazima iz 52 studije u 23 zemlje. Vjerojatno su ove stope prevalencije podcijenjene (4).

Nasilnik je često netko koga žrtva poznaje, kao što je član obitelji, prijatelj, susjed, njegovatelj ili osoblje u ustanovama za dugotrajnu njegu. Podaci o opsegu problema u ustanovama kao što su bolnice, starački domovi i druge ustanove za dugotrajnu skrb su oskudni. Međutim, sustavni pregledi i meta analize nedavnih studija o nasilju nad starijima u institucijama i u zajednici temeljene na samoprocjeni starijih osoba sugeriraju da su stope nasilja mnogo veće u institucijama nego u obiteljskom okruženju. Od kategorija nasilja u obiteljskom okruženju najčešće je prisutno psihičko i fizičko nasilje, potom financijsko iskorištavanje, a rjeđe zanemarivanje i seksualno nasilje. Nasuprot tome, u ustanovama je najčešće psihičko nasilje, potom zanemarivanje, te fizičko nasilje. Seksualno nasilje ima nisku prevalenciju, a o financijskom ne postoji dovoljno podataka (4).

Starije osobe s demencijom ili drugim kognitivnim oštećenjem izložene su najvećem riziku, a uz njih su žene, osobe starije od 80 godina, manjinska populacija, korisnici ustanova za dugotrajnu skrb i osobe s više komorbiditeta (4).

Prevenција nasilja

Preventivni programi za smanjenje nasilja starijih osoba trebale bi se usredotočiti na educiranje zdravstvenih radnika, njegovatelja, pacijenata i zajednice o rasprostranjenosti, čimbenicima rizika i znakovima nasilja kod starijih osoba, kao i raspoloživim resursima za pomoć. Također je potrebno povećati resurse zajednice za bolju podršku žrtvama i obiteljima.

Identificiranje i minimiziranje čimbenika rizika, kao i pružanje podrške obiteljima mogli bi pomoći u smanjenju učestalosti nasilja, a potom i smanjenju opterećenja hitne medicinske pomoći, bolnica, troškova medicinske skrbi i potrebe za smještajem u ustanovu za dugotrajnu njegu.

Ustanove za dugotrajnu skrb mogu minimizirati rizik od nasilja izbjegavanjem nedostatka osoblja, stvaranjem mirnog okruženja, pristupom u kom se osoblje osjeća cijenjenim i pružanjem edukacije za osoblje o tome kako se nositi s teškim ili agresivnim štičenicima (12).

Cilj rada

Glavni cilj ovog rada je procijeniti prevalenciju nasilja, odnosno zanemarivanja starijih osoba s obzirom na socioekonomske i demografske osobitosti kako bi se identificirali čimbenici rizika povezani s nasiljem.

Ispitanici i metode istraživanja

Podaci korišteni u svrhu istraživanja prikupljeni su pomoću anketnog upitnika na koji su ispitanici pismeno odgovarali. Nakon dobivene potpisane suglasnosti ispitanika anketni se upitnik sastojao od osnovnih, socioekonomskim i demografskih podataka o ispitaniku i VASS upitnika (ranjivost na nasilje).

Anketni upitnik sastojao se od 13 općih i sociodemografskih pitanja (dob, spol, prijašnji radni status, ekonomski status i dr.) - Prilog 1. Pitanja su bila zatvorenog tipa, na zaokruživanje. VASS (*eng. Vulnerability to Abuse Screening Scale*) upitnik je instrument za samoprocjenu ranjivosti na nasilje – Prilog 2. Radi se o validiranom međunarodno prihvaćenom instrumentariju za procjenu prisutnosti nasilja kod starijih osoba (13). VASS se sastoji od 12 dihotomnih pitanja koja imaju dobar psihometrijski kapacitet za provjeru nasilja. Ukupni rezultat od 7 i više korišten je kao prag za mjerenje ranjivosti na nasilje. VASS ima četiri subskale (ovisnost, potištenost, ranjivost i prisila) a svaka se sastoji od tri stavke. Bodovna ocjena ljestvice dobiva se zbrojem vrijednosti pripisanih svakom potvrdnom odgovoru, osim kod tvrdnja 4, 5 i 6 koje se boduju u slučaju negativnog odgovora.

Ispitanici su korisnici Doma za starije i nemoćne osobe Baka Ilona i županijskog Domu za starije i nemoćne osobe, oba u Koprivnici. Kriterij za uključenost ispitanika bio je smještaj u instituciji doma za starije i nemoćne osobe, te životna dob od 60 i više godina.

Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika pomoću aritmetičke sredine, moda, prosjeka, frekvencije te standardne devijacije. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine ovisno o rezultatima VASS upitnika. Za usporedbe podataka i određivanje značajnosti razlike između testiranih parametara korišten je Student t-test. Za razina statističke značajnosti određena je vrijednost $p < 0,05$. Za statističku obradu korišten je program MS Office - Excel (Microsoft, Redmond, Washington), te SPSS (IBM SPSS Statistic za Windows, inačica 20).

Rezultati istraživanja

Istraživanju je pristupilo 98 ispitanika. Rezultati pokazuju kako je nešto veći udio ispitanika ženskog spola (53%). Analizom podataka zanemarivanje je utvrđeno kod 28,6% ispitanika s nešto većom učestalošću među ženama (67,9%) u odnosu na muški spol (32,1%). Nije utvrđena statistički značajna razlika između spolova u pogledu zanemarivanja, premda je udio žena uočljivo veći (68% : 32%) ($p = 0,052$) (tablica 1).

Tablica 1. Učestalost zanemarivanja u odnosu na spol

Zanemarivanje	Ženski (%)	Muški (%)	Ukupno (%)
DA	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (28,6)
NE	35 (50,0)	35 (50,0)	70 (71,4)
Ukupno	54 (55,1)	44 (44,9)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,052$

Što se tiče zanemarivanja u odnosu na dob najveći udio zabilježen je u dobnoj skupini 70-79 godina (46,5%). Nije utvrđena statistički značajna povezanost između dobi i zanemarivanja uz $p = 0,206$ (tablica 2).

Tablica 2. Učestalost zanemarivanja u odnosu na dob

Zanemarivanje	60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	90 i više (%)	Ukupno (%)
DA	7 (25,0)	13 (46,5)	6 (21,4)	2 (7,1)	28 (28,6)
NE	13 (18,6)	27 (38,6)	26 (37,1)	4 (5,7)	70 (71,4)
Ukupno	20 (20,4)	40 (40,8)	32 (32,7)	6 (6,1)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,206$

Zanemarivanje u odnosu na prethodni radni status pokazuje da je 60,7% ispitanika prethodno bilo u radnom odnosu, 14,3% bilo je nezaposleno, a uzdržavanih osoba je 25,0%, pri čemu nije utvrđena statistički značajna povezanost između zanemarivanja i prethodnog radnog statusa uz $p = 0,248$ (tablica 3).

Tablica 3. Učestalost zanemarivanja u odnosu na prijašnji radni status

Zanemarivanje	Zaposlen (%)	Nezaposlen (%)	Uzdržavana osoba (%)	Ukupno (%)
DA	17 (60,7)	4 (14,3)	7 (25,0)	28 (28,6)
NE	52 (74,3)	12 (17,1)	6 (8,6)	70 (71,4)
Ukupno	69 (70,4)	16 (16,3)	13 (13,3)	98 (100,0)

$p = 0,248$

Zanemarivanje u odnosu na razinu obrazovanja pokazuje da je najveća frekvencija zanemarivanja kod osoba sa srednjom stručnom spremom (35,7%), kojih je bilo najviše među ispitanicima. Nije utvrđena statistički značajna korelacija između razine obrazovanja i zanemarivanja uz $p = 0,236$ (tablica 4).

Tablica 4. Učestalost zanemarivanja u odnosu na razinu obrazovanja

Zanemarivanje	NSS (%)	SSS (%)	VŠS (%)	VSS (%)	Postdiplomski studij (%)	Bez škole (%)	Ukupno (%)
DA	7 (25,0)	10 (35,7)	3 (10,7)	3 (10,7)	1 (3,6)	4 (14,3)	28 (28,6)
NE	23 (32,9)	24 (34,3)	5 (7,1)	10 (14,3)	2 (2,9)	6 (8,6)	70 (71,4)
Ukupno	30 (30,5)	34 (34,8)	8 (8,2)	13 (13,2)	3 (3,1)	10 (10,2)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,236$

**NSS-niska stručna sprema; SSS-srednja stručna sprema; VŠS-viša stručna sprema; VSS-visoka stručna sprema*

Zanemarivanje u odnosu na prethodno prebivalište je čimbenik koji pokazuje statistički značajan utjecaj na pojavu rizika od zanemarivanja sa znatno većom učestalošću (60,7%) kod osoba iz ruralnih sredina uz $p = 0,022$ (tablica 5).

Tablica 5. Učestalost zanemarivanja u odnosu na prethodno prebivalište

Zanemarivanje	Urbana sredina (%)	Ruralna sredina (%)	Ukupno (%)
DA	11 (39,3)	17 (60,7)	28 (28,6)
NE	36 (61,4)	34 (48,6)	70 (71,4)
Ukupno	47 (48,0)	51 (52,0)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,022$

Obradom rezultata nije utvrđena statistički značajna povezanost između ekonomskog statusa ispitanika i rizika od zanemarivanja uz $p = 0,157$ (tablica 6).

Tablica 6. Učestalost zanemarivanja u odnosu na ekonomski status

Zanemarivanje	Ispod prosjeka (%)	Prosječan (%)	Iznad prosjeka (%)	Ukupno (%)
DA	9 (32,1)	12 (48,9)	7 (25,0)	28 (28,6)
NE	15 (21,4)	30 (42,9)	25 (35,7)	70 (71,4)
Ukupno	24 (24,5)	42 (42,9)	32 (32,6)	98 (100,0)

$p = 0,157$

U ovom istraživanju nije utvrđena statistički značajna povezanost između bračnog statusa ispitanika i rizika pojave zanemarivanja uz $p = 0,213$, premda je kod udovaca učestalost čak 42,9% (tablica 7).

Tablica 7. Učestalost zanemarivanja u odnosu na bračni status

Zanemarivanje	Slobodan (%)	U braku (%)	Udovac (%)	Razveden (%)	Ukupno (%)
DA	6 (21,4)	7 (25,0)	12 (42,9)	3 (10,7)	28 (28,6)
NE	9 (12,9)	21 (30,0)	34 (48,6)	6 (8,6)	70 (71,4)
Ukupno	15 (15,3)	28 (28,6)	46 (46,9)	9 (9,2)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,213$

Analizom podataka nije utvrđena statistički značajna povezanost broja djece i rizika od zanemarivanja uz $p = 0,169$, iako je kod osnih s jednim djetetom učestalost od čak 42,9% (tablica 8).

Tablica 8. Učestalost zanemarivanja u odnosu na roditeljstvo

Zanemarivanje	Ne (%)	Da, jedno (%)	Da, više (%)	Ukupno (%)
DA	8 (28,6)	12 (42,9)	8 (28,6)	28 (28,6)
NE	12 (17,1)	35 (50,0)	23 (32,9)	70 (71,4)
Ukupno	20 (20,4)	47 (48,0)	31 (31,6)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,169$

Jednako tako nije utvrđena statistički značajna povezanost između brojnosti članova kućanstva i rizika od pojave zanemarivanja uz $p = 0,105$ (tablica 9).

Tablica9. Učestalost zanemarivanja u odnosu na broj članova u kućanstvu

Zanemarivanje	1 (%)	2 i više (%)	Ukupno (%)
DA	15 (53,7)	13 (46,4)	28 (28,6)
NE	27 (38,6)	43 (61,4)	70 (71,4)
Ukupno	42 (42,9)	56 (57,1)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,105$

Statistički nije dokazana korelacija između duljine smještaja u domu za starije i rizika od pojave zanemarivanja uz $p = 0,216$, premda je kod onih koji borave u domu 5 do 10 godina učestalost 46,4% (tablica 10).

Tablica 10. Učestalost zanemarivanja u odnosu na duljinu smještaja u domu za starije i nemoćne

Zanemarivanje	1-4 godine (%)	5-10 godina (%)	više od 10 godina (%)	Ukupno (%)
DA	9 (32,1)	13 (46,4)	6 (21,4)	28 (28,6)
NE	46 (65,7)	18 (25,7)	6 (8,6)	70 (71,4)
Ukupno	55 (56,1)	31 (31,6)	12 (12,3)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,216$

Što se tiče zanemarivanja u odnosu na pomoć druge osobe također nije utvrđena statistički značajna povezanost uz $p = 0,154$ (tablica 11).

Tablica 11. Učestalost zanemarivanju u odnosu na pomoć druge osobe

Zanemarivanje	Da (%)	Ne (%)	Ukupno (%)
DA	13 (46,4)	15 (53,6)	28 (28,6)
NE	52 (74,3)	18 (25,7)	70 (71,4)
Ukupno	65 (66,3)	33 (33,7)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,154$

Statističkom obradom podataka nije utvrđena značajna povezanost između financijskog uzdržavanja od druge osobe i pojave rizika od zanemarivanja uz $p = 0,105$ (tablica 12).

Tablica 12. Učestalost zanemarivanja u odnosu na financijsko uzdržavanje od drugih

Zanemarivanje	Da (%)	Ne (%)	Ukupno (%)
DA	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (28,6)
NE	28 (40,0)	42 (60,0)	70 (71,4)
Ukupno	38 (38,8)	60 (61,2)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,105$

U ovom istraživanju nije dokazana statistički značajna korelacija između donošenja vlastitih životnih odluka i rizika od pojave zanemarivanja uz $p = 0,184$ (tablica 13).

Tablica 14. Učestalost zanemarivanja u odnosu na donošenje životnih odluka

Zanemarivanje	Ja (%)	netko drugi (%)	Ukupno (%)
DA	14 (50,0)	14 (50,0)	28 (28,6)
NE	56 (80,0)	14 (20,0)	70 (71,4)
Ukupno	70 (71,4)	28 (28,6)	98 (100,0)

Student t-test $p = 0,184$

Pregled dobivenih rezultata utjecaja pojedinih čimbenika na pojavu zanemarivanja kod starijih osoba prikazan je zbirno u tablici 15.

Tablica 15. Utjecaj nekih čimbenika na učestalost zanemarivanja

ČIMBENIK	Student t-test
Spol	0,052
Dob	0,206
Prijašnji radni status	0,248
Razina obrazovanja	0,236
Prethodno prebivalište	0,022
Ekonomski status	0,157
Bračni status	0,213
Roditeljstvo	0,169
Broj članova kućanstva	0,105
Duljina smještaja u domu	0,216
Pomoć druge osobe	0,154
Financijsko uzdržavanje	0,105
Samostalno donošenje odluka	0,184

Rasprava

Nasilje nad starijim osobama novi je globalni javnozdravstveni problem koji prema istraživanjima nije ograničen na određene sociodemografske ili socioekonomske faktore, što je sukladno rezultatima ovog istraživanja (14,15). VASS skala probira na nasilje prema istraživanju Motahedi i sur. ima dobru valjanost i pouzdanost u samoprocjeni ispitanika (13). Upitnik je jednostavan s malim brojem pitanja tako da starija osoba može odgovoriti na sva pitanja dovoljno precizno u kratkom roku (16). Rezultatima ovog istraživanja utvrđena je

učestalost zanemarivanja kod 28,6% ispitanika, dva puta češće kod osoba ženskog spola. Nadalje, najčešće su zanemarivane osobe u dobi od 70 – 79 godina (46,5%), sa SSS (35,7%), iz ruralne sredine (60,7%), među udovicama/cima (42,9%), s jednim djetetom (42,9%), koji u domu borave od 5 – 10 godina (46,4%). Međutim, kod većine ovih faktora nije utvrđena statistički značajna povezanost nasilja nad starijim osobama osim u odnosu na prethodno prebivalište ispitanik. Prethodni život u ruralnoj sredini ima statistički značajan utjecaj na pojavu rizika od zanemarivanja, prema VASS rezultatima ($p = 0,022$). Slični rezultati su dobiveni u istraživanju Chandanshive i sur. gdje nije pronađena značajna povezanost nasilja nad starijim osobama s bilo kojim socioekonomskim i demografskim čimbenicima i rezultatom VASS upitnika (17). Kumar i sur. izvijestili su o mnogo nižoj prevalenciji bilo koje vrste nasilja kod starijih osoba iz urbane sredine (18) što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Nadalje, u studiji Mawara i sur., u kojoj je korišten VASS upitnik, uočeno je da se različiti čimbenici rizika razlikuju od regije do regije i između pojedinih država, što bi moglo pridonijeti različitim stopama prevalencije nasilja nad starijim osobama (19).

U ovom istraživanju uočena prevalencija nasilja (28,6%) u skladu je s međunarodnim studijama u kojima se učestalost nasilja kreće od 15% do 35%, kao što ističu Dong i Simon (20). Nadalje, u studiji Sandeep i sur. koji su koristili VASS upitnik za procjenu rizika 1/4 starijih osoba navela je nasilje. U istoj studiji se navodi kako prevalencija ranjivosti na nasilje varira ovisno o etničkoj pripadnosti i percepciji ispitanika, pa je tako studija iz južne Indije navela prevalenciju nasilja od 10% (14). U Aziji, studija iz kontinentalne Kine navodi prevalenciju od 36,2%, dok podaci iz Afrike sugeriraju da se prevalencija kreće od 30% do 43,7%. U razvijenim zemljama Europe, prevalencija nasilja starijih osoba kreće se između 2,2% i 47,3% (21), kako je utvrđeno i u ovoj studiji. Velika varijacija u prijavljenoj prevalenciji diljem svijeta pripisuje se razlikama u razini obrazovanja, svijesti i navici prijavljivanja nasilja.

Još uvijek postoji mnogo kontroverzi oko toga koji je spol više izložen riziku od nasilja i zanemarivanja starijih osoba. U ovom istraživanju, kod onih koji su prijavili nasilje, utvrđena je veća učestalost nasilja kod ispitanika ženskog spola u odnosu na muški spol (2 : 1). Prema Rahman i Gaafary postoje dokazi da su starije žene ranjivije na nasilje i zanemarivanje (22). Prethodne studije također su izvijestile o većem postotku žena koje su žrtve nasilja. To se može povezati s dužim očekivanim životnim vijekom žena zbog čega one češće žive same i ovisne osobe ili budu smještene u ustanove za dugotrajnu skrb. U studiji koju je provela SZO 2012. otkriveno je da su stariji muškarci jednako izloženi riziku od nasilja od strane supružnika, odrasle djece, skrbnika, zdravstvenih radnika ili drugih bliskih osoba (22). Također, dostupne studije pokazuju da financijska ograničenja povećavaju rizik od nasilja, međutim u ovoj studiji najveći udio zanemarivanja opažen je kod ispitanika s prosječnim ekonomskim statusom. Opažanja ove studije nisu u skladu s istraživanjem Biggs i sur. koji su otkrili da je socioekonomski položaj usko povezan sa nasiljem (23). Također, rezultati se ne podudaraju s Dong i sur. koji su utvrdili da su niski prihodi povezani s učestalošću nasilja starijih osoba (24). Nalazi studije također su se razlikovali ovisno o dobi ispitanika i prevalenciji nasilja. Dok druge studije pokazuju da su starije osobe izložene većem riziku od nasilja i zanemarivanja od mlađih, u ovom istraživanju nije pronađena značajna razlika između nasilja i dobi. Stoga podaci dobiveni ovim istraživanjem nisu u skladu ni s istraživanjem Awalu i sur. gdje je ustanovljeno da vjerojatnost nasilja starijih osoba raste s godinama (25). Naughton i sur. koji su proučavali zanemarivanje starijih osoba u Irskoj izvijestili su da su udovci, razvedeni i samci u većem riziku od nasilja (19). Ovo istraživanje podudara se djelomično s njihovim rezultatima, naime najviše ispitanika koji zadovoljavaju kriterij rizika od nasilja pripada skupini udovaca (42,9%), potom slijede oni u braku (25%), pa neoženjeni (21,4%) i naposljetku razvedeni (10,7%). Ovi rezultati mogu se objasniti činjenicom da osobe koje su udovci zbog nedostatka zaštite partnera budu češće žrtve nasilja, a suprotno tome osobe koje su u braku isto tako često mogu biti žrtve

od strane samog partnera. Prema Schiambergu i Barbozi starije osobe koje su izolirane od prijatelja i rodbine izložene su većem riziku od nasilja (26). Navedeni podaci u skladu su s podacima iz ovog istraživanja, gdje 53,6% ispitanika nema osobu koja provodi s njima vrijeme i u većem je riziku od zanemarivanja. Ovi rezultati bi se mogli objasniti činjenicom da kod ispitanika koji nemaju osobu s kojom bi mogli provoditi vrijeme, nasilno ponašanje često ostaje skriveno jer nasilje nema tko prijaviti, a isto tako neki usamljeni stariji ljudi razvijaju odnose s nepoznatim osobama koje bi ih mogle zlostavljati.

Zaključak

Starija populacija najbrže je rastući dio društva, stoga pitanje zaštite prava starijih osoba postaje gorući problem. Starije osobe sa svojim problemima i posebnostima kao i potrebama koje im treba osigurati nisu u dovoljnoj mjeri zaštićene pravnim instrumentima na međunarodnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini. U ovoj studiji utvrđena je učestalost zanemarivanja od 28,6%, dva puta češće kod osoba ženskog spola, ali nije utvrđena značajna razlika koja bi išla u prilog povezanosti između vjerojatnosti nasilja starijih osoba i socioekonomskih i demografskih osobina ispitanika, osim u slučaju prijašnjeg mjesta prebivališta u ruralnoj sredini. Uočena visoka stopa nasilja nad starijim osobama u skladu je s ranije provedenim istraživanjima. Za donošenje konačnog zaključka o utjecaju sociodemografskih i ekonomskih čimbenika trebalo bi u budućnosti provesti istraživanje na većem broju ispitanika kako bi se sagledala šira slika nasilja nad starijim osobama u Hrvatskoj. Zabrinjavajuća je činjenica da u Hrvatskoj postoji vrlo malen broj studija koje su istraživale ovu problematiku. Nasilje nad starijim osobama vrlo je rašireno. S povećanjem udjela starijih osoba u cijelom svijetu očekuje se porast učestalosti nasilja/zanemarivanja. Sukladno tome, postoji potreba za kontinuiranim istraživanjem problema nasilja nad starijim osobama.

Literatura

1. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva, kućanstava i stanova; 2021.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva; 2015. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf (01.12.2024.)
3. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e147-56. Dostupno na: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930006-2> (01.12.2024.)
4. World Health Organization. Elder Abuse Fact Sheet. Geneva; 2018. Dostupno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373904/fs-elder-abuse-eng.pdf (01.12.2024.)
5. Slipčević A. Nasilje nad starijim osobama. Sveučilište u Splitu: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2014. Dostupno na: <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A771/datastream/PDF/view> (04.12.2024.)
6. Storey J. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2019. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/335783909_Risk_factors_for_elder_abuse_and_neglect_A_review_of_the_literature (04.12.2024.)
7. Campisi G, Chiaplelli M, Martinis M, Franco V, Ginaldi L, Guiglia R, Licastro L, Lio D. Pathophysiology of age. [online] University of Palermo, 2010. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746174/pdf/1742-4933-6-12.pdf> (04.12.2024.)
8. Jett K. Physiological Changes. [online] Fastes Nurse Engine. 2016. Dostupno na: <https://nursekey.com/physiological-changes/> (05.12.2024.)
9. Boss G, Seegmiller E. Age – Related physiological Changes and Their Clinical Significance. [online] California, 2010. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1273316/pdf/westjmed00220-0011.pdf>
10. United Nations. World Population Prospects; New York, 2019. Dostupno na: https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf (05.12.2024.)
11. Šare S, Ljubičić M. Uloga medicinske sestre u prepoznavanju znakova zlostavljanja osoba starije dobi. *Sestrinski glasnik*. 2017;22(2):125-128. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/186113> (10.12.2024.)
12. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(3):435-451. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057151/?report=reader> (14.12.2024.)
13. Schofield M.J, Mishra G.D. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist* 2003;43(1):110-20.
14. Sandeep G, Madhir V, Tarudeep S, Neha D, Ritu N. Screening for Abuse of Older Adults: A Study Done at Primary Health Care Level in Punjab, India. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2021;43(4):312-18. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34385724/> (10.12.2024.)
15. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs S. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. New York: *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):S194-S205. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158/8> (15.12.2024.)

16. Saeideh M, Mahboobeh K, Khosravi A, Mirhosseini S, Ebrahimi H. Validation of the Persian version of the Elderly Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS). *Family Medicine & Primary Care Review*. 2021;23(2):196-202. Dostupno na: <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2021.105923> (10.12.2024.)
17. Chandanshive P, Subba S, Parida S, Mishra S. Prevalence patterns and associated factors of elder abuse in an urban slum of eastern India. *BMC Geriatrics*. 2022;22:317. Dostupno na: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02986-9> (15.12.2024.)
18. Kumar P, Somdatta P. A study on elder abuse in an urban resettlement colony of Delhi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;8(2):621-5. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436285/> (16.12.2024.)
19. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S. Association of physical problems and depression with elder abuse in an urban community of North India. *New Delhi: Indian J Community Med*. 2018;43:165-9. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6166498/> (17.01.2025.)
20. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, Laumann E, Evans DA. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*. 2011;57(6):549-58. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21124009/> (17.01.2025.)
21. Rahman T, Gaafary M. Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatrics and Gerontology International*. 2011;12(3):532-7. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0594.2011.00780.x> (17.01.2025.)
22. Biggs S, Kurrle S, Westendorp R, Linderberg J. Elder abuse an international perspective: Exploring the context of elder abuse an international perspective: Exploring the context of elder abuse. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(8):1-3. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/237819698_Elder_abuse_an_international_perspective_Exploring_The_context_of_elder_abuse (17.01.2025.)
23. Dong XO. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatric Soc*. 2015;63(6):1214-38. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26096395/> (17.01.2025.)
24. Awal M, Kumar U, Haque MM. Factors Associated with Abuse and Neglect of the Elderly Peoples of Chittmahal Areas in Bangladesh. *Asian Journal of Education and Social Studies*. 2020;8(1):34-50. Dostupno na: <https://journalajess.com/index.php/AJESS/article/view/30213> 5(18.01.202.)
25. Schiamborg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffo RJ, Weatherill RP. Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective. *J Elder Abuse Negl*. 2011;23(2):190-211. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21462050/> (18.01.2025.)

Prilog 1

Osnovni sociodemografski i ekonomski podaci

1. Spol
 - a) Žensko
 - b) Muško
2. Dob
 - a) 60 – 69
 - b) 70 – 79
 - c) 80 – 89
 - d) 90 i više
3. Stupanj obrazovanja
 - a) Završena osnovna škola
 - b) Završena srednja škola
 - c) Završeni preddiplomski studij
 - d) Završeni diplomski studij
 - e) Završeni postdiplomski studij
 - f) Nisam pohađao/a školu
4. Prijašnji radni status
 - a) Zaposlen/a
 - b) Nezaposlen/a
 - c) Uzdržavana osoba
5. Prijašnje prebivalište
 - a) Urbano središte (grad)
 - b) Ruralno središte (selo, prigradsko naselje)
6. Prema Vašem mišljenju, Vaš ekonomski status je:
 - a) Ispod prosjeka
 - b) Prosječan
 - c) Iznad prosjeka
7. Bračni status
 - a) Slobodan/a
 - b) U braku (ili životno partnerstvo)
 - c) Udovac/a
 - d) Razveden/a
8. Imate li djece?
 - a) Ne
 - b) Da, jedno
 - c) Da, više
9. S koliko osoba ste dijelili kućanstvo (uključujući Vas)
 - a) 1 (samo Vi)
 - b) 2 i više
10. Koliko dugo ste smješteni u domu za starije i nemoćne?
 - a) 1 – 4 godina
 - b) 5 – 10 godina
 - c) Više od 10 godina
11. Imate li nekoga tko provodi vrijeme s vama, vodi vas u kupovinu ili kod liječnika?
 - a) Da
 - b) Ne
12. Pomažete li financijski uzdržavati nekoga?
 - a) Da

b) Ne

13. Tko donosi odluke o vašem životu—na primjer kako biste trebali živjeti ili gdje biste trebali živjeti?

a) Ja

b) Netko drugi

Prilog 2

VASS upitnik – ranjivost na nasilje

(odgovoriti tvrdnjom „da“ ili „ne“, ovisno o vlastitom iskustvu)

PITANJA	ODGOVOR	
Bojite li se nekoga u obitelji?	DA	NE
Je li vas netko od vaših bližnjih nedavno pokušao povrijediti ili vam nauditi?	DA	NE
Je li vas netko od vaših bližnjih nedavno prozivao, spuštao ili vam općenito činio loše?	DA	NE
Jeste li imali dovoljno privatnosti kod kuće?	DA	NE
Vjerujete li većini ljudi u svojoj obitelji?	DA	NE
Jeste li se kod kuće slobodno kretali i uzimali samostalno svoje lijekove?	DA	NE
Jeste li često tužni ili usamljeni?	DA	NE
Osjećate li da vas nitko ne želi u blizini?	DA	NE
Osjećate li se neugodno s nekim u svojoj obitelji?	DA	NE
Da li vas je netko u obitelji tjerao da ostanete u krevetu ili vam govorio da ste bolesni kada ste znali da niste?	DA	NE
Je li vas netko prisiljavao da radite stvari koje niste htjeli?	DA	NE
Je li netko uzeo stvari koje vam pripadaju bez vašeg dopuštenja?	DA	NE

ULOGA PROTIVEPIDEMIJSKIH MERA U PREVENCIJI ŠIRENJA AKUTNIH RESPIRATORNIH INFEKCIJA U GERONTOLOŠKOM CENTRU. NAUČENE LEKCIJE KROZ PRIKAZ SLUČAJA

Sažetak

Cilj rada je prikazati efekat preventivnih mera na smanjenje rizika po zdravlje korisnika ustanova za smeštaj starijih lica. Kao prikaz slučaja prikazani su efekti opštih i specifičnih mera prevencije na nastanak infekcije COVID 19. Po svom dominantnom putu širenja, COVID 19 spada u akutne respiratorne infekcije. U gerontološkom centru u Šapcu dana 09.01.2021. godine prijavljena je epidemija COVID-19 infekcije. Korisnici su bili smešteni dva objekta stacionar 57 i novi objekat 154. Epidemija se dešavala samo u novom objektu.

Nakon izbijanja i proširenja epidemije, preduzete su opsežne protivepidemijske mere. Mere su dopunjavane i prilagođavane situaciji u zgradi.

Osobenost slučaja je to da je 31.12.2020. godine prvom dozom vakcinicano 156 od 210 korisnika vakcinom Pfizer Biontech.

Tokom trajanja epidemije ukupno je obolelo 125 korisnika od ukupno 153 u novom objektu. Morbiditet je bio 81,7%, od ukupno 118 vakcinisanih u novom objektu obolelo je 98 (83%), a od 35 nevakcinisanih obolelo je 27 (77,1%).

Hospitalizovano je ukupno 33 korisnika sa težom formom bolesti, od čega 25 vakcinisanih (25,5% obolelih), a kod nevakcinisanih je hospitalizovano 8 korisnika (29,6%).

Smrtnost od COVID-19 infekcije među korisnicima je bila 14,3% u populaciji vakcinisanih prvom dozom vakcine (14/98), a kod nevakcinisanih je smrtnost iznosila 29,6% (8/27).

Zaključak: Kompletно sprovedene protivepidemijske mere su sprečile nastanak bolesti u značajnoj populaciji korisnika, bez obzira što su svo vreme boravili u crvenoj zoni.

Sprovođenje vakcinacije je uticalo na smanjenje smrtnosti, iako je prošao kratak rok od prve doze, ali nije uticalo na smanjenje morbiditeta i broja hospitalizacija (teške forme bolesti).

Summary

The aim of this paper is to demonstrate the effects of preventive measures on reducing health risks for users of facilities for the elderly. As a case study, the effects of general and specific preventive measures on the occurrence of COVID-19 infection are presented. Given its predominant mode of transmission, COVID-19 is classified as an acute respiratory infection. In the Gerontology Center in Šabac on January 9th 2021. the epidemic of COVID-19 infection was reported. The beneficiaries were accommodated in two facilities, Stationary 57 and a New Facility 154. The epidemic took place only in the New Facility. After the outbreak and spread of the epidemic, the entire facility was under comprehensive anti-epidemic measurement.

Unique characteristic of this case is that on 31.12.2020. 156 out of 210 users were vaccinated with the first dose of Pfizer Biontech vaccine.

¹ Zavod za javno zdravlje Šabac, Srbija

² Zavod za javno zdravlje Šabac, Srbija, Akademija strukovnih studija Šabac, Srbija

³ Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Srbija

During the epidemic, a total of 125 beneficiaries get ill, out of a total of 153 in the new facility. Morbidity was 81.7%, out of a total of 118 vaccinated in the new facility, 98 (83%) get ill, and out of 35 unvaccinated, 27 (77.1%) get ill.

A total of 33 beneficiaries with a severe form of the disease were hospitalized, of which 25 were vaccinated (25.5% of patients), and 8 users (29.6%) were hospitalized with unvaccinated patients. Mortality from COVID-19 infection among beneficiaries was 14.3% in the population vaccinated with the first dose of vaccine (14/98), and among non-vaccinated beneficiaries the mortality rate was 29.6% (8/27).

Conclusion: Reduced percent of deaths, although a short period of time passed from the first dose, were observed. Completely implemented anti-epidemic measures prevented the occurrence of the disease in a significant population of beneficiaries.

1. Uvod

U kontekstu globalnog javnog zdravlja, akutne respiratorne infekcije predstavljaju jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta, posebno među starijim populacijama koje su često ranjivije na razne infekcije usled kompromitovanog imunološkog sistema. Gerontološki centri kao mesta pružanja sveobuhvatne zdravstvene zaštite starijim osobama, suočavaju se s velikim izazovima vezanim za sprečavanje širenja ovih infekcija. U najvećem riziku su stare osobe s različitim hroničnim bolestima i prethodnim oštećenjem imuniteta⁽¹⁾. Mehanizam širenja i uticaja na populaciju u staračkim domovima je isti i za COVID 19, kao i za ostale akutne respiratorne infekcije. Po svom dominantnom putu širenja, COVID 19 spada u akutne respiratorne infekcije. U opštoj populaciji, teške manifestacije COVID 19 infekcije imalo je 4% pacijenata⁽²⁾. Cilj rada je prikazati efekat preventivnih mera na smanjenje rizika po zdravlje korisnika ustanova za smeštaj starijih lica. Podaci dobijeni su u skladu sa brojnim rezultatima drugih radova koji su pokazali predvidiv uticaj starosti na tok i ishod infekcije⁽³⁾. Čini se da pacijenti u s domovima za starije prolaze lošije, jer često imaju nekoliko komorbiditeta u kombinaciji sa lošim nutritivnim statusom i fizičkom neaktivnošću⁽⁴⁾. Pacijenti u dobi većoj od 60 godina i bolesnici s osnovnim medicinskim popratnim bolestima (pretilost, kardiovaskularne bolesti, hronična bolest bubrega, dijabetes, hronična bolest pluća, pušenje, rak, pacijenti s presađenim organima ili hematopoetskim matičnim stanicama) imaju povećani rizik od razvoja teške infekcije sa COVID-19^(5,6).

Povećani rizik od teške bolesti od koronavirusa (COVID-19) uključuje:

- životnu dob od 70 ili više godina (bez obzira na zdravstveno stanje)
- mlađi od 70 godina s osnovnim zdravstvenim stanjem navedenim u nastavku (tj. bilo ko kome je naloženo da se svake godine iz zdravstvenih razloga dobije vakcinu protiv gripa kao odrasla osoba):
- hronična (dugotrajne) respiratorne bolesti, kao što su astma, hronična opstruktivna plućna bolest (HOBP), emfizem ili bronhitis
- hronična bolesti srca,
- hronična bolest bubrega,
- hronične bolesti jetre, poput hepatitisa
- hronična bolest bubrega
- hronična bolesti jetre, poput hepatitisa
- hronična neurološka stanja, kao što su Parkinsonova bolest, bolest motornih neurona, multipla skleroza (MS), poteškoće u učenju ili cerebralna paraliza
- dijabetes
- problemi sa slezinom – na primer, bolest srpastih stanica ili ako vam je slezena odstranjena
- oslabljen imuni sistem kao posledica stanja kao što su HIV i AIDS, ili lekova kao što su tablete steroida ili hemoterapija
- ozbiljna prekomerna telesna težina (indeks telesne mase (BMI) od 40 ili više)
- trudnoća⁽⁷⁾.

Iz svega navedenog, jasno se zaključuje da postoji značajan rizik od oboljevanja od infekcije COVID 19 u ustanovama za smeštaj starih lica. Pored povećanog rizika od nastanka i širenja bolesti, evidentno je da kornisnici staračkih domova predstavljaju najranjiviji deo populacije. Obzirom na broj starijih osoba, gustinu naseljenosti i činjenicu da skoro svi korisnici imaju pridružene hronične bolesti, koje same po sebi ili uz propisanu terapiju predstavljaju dodatno povećavanje ionako visokog rizika od širenja infekcije i nastanaka teških kliničkih slika i komplikacija COVID 19 infekcije. Teži tok bolesti uzrokovan koronavirusom zabeležen je kod nešto starijih bolesnika, muškaraca te u prisutnosti komorbiditeta kao što su dijabetes, arterijska hipertenzija ili kronična opstruktivna bolest pluća⁽⁸⁾. Respiratorne komplikacije koje zahtevaju dalje lečenje u jedinicama intenzivnog lečenja (JIL) jedan su od glavnih uzročnika smrtnosti i morbiditeta kod starijih pacijenata sa infekcijom koronavirusa⁽⁸⁾. Dosadašnja analiza slučajeva pokazala je kako infekcija COVID-19 uzrokuje samo blagu bolest bez pneumonija te se većina

oboljelih leži kod kuće, 14% bolesnika ima teži oblik bolesti, a njih 6% ima vrlo teški oblik bolesti. Najučestaliji smrtni slučajevi događaju se kod osoba starije životne dobi⁽⁹⁾.

Pandemija COVID-19 imala je veliki uticaj na kapacitet zdravstvenih sistema da nastave pružanje osnovnih zdravstvenih usluga. Dok se zdravstveni sistemi širom sveta suočavaju sa sve većom potražnjom za negom pacijenata sa COVID-19, ključno je održati preventivne i kurativne usluge, posebno za najugroženije populacije, kao što su deca, starije osobe, ljudi koji žive sa hroničnim oboljenjima, manjine i osobe sa invaliditetom⁽¹⁰⁾. U uslovima pandemije i ograničenih kapaciteta celokupnog zdravstvenog sistema, gerontološki centri su bili prinuđeni da preuzimaju i ulogu zdravstvene ustanove. Stariji odrasli (65 godina i stariji) bili su najviše pogođena starosna grupa, predstavljajući 94% svih smrtnih slučajeva od COVID-19 u Belgiji između 10. marta 2020. i 14. februara 2021. godine⁽¹¹⁾. Prema podacima iz Kanade, do 78% smrtnih slučajeva vezano je uz domove za starije⁽¹²⁾. Starački domovi sve više nude medicinske usluge slične onima koje se nude u bolnicama nakon operacije, bolesti ili drugih iznenadnih medicinskih problema⁽¹³⁾.

Iz navedenih podataka jasno je da su preotivpidemijske mere u staračkim domovima bile prioritet. U periodu dok nije postojala vakcina za COVID-19 infekciju, akcenat je bio na opštim protivepidemijskim merama, a pojavom vakcine težište specifičnih mera su bili, upravo, starački domovi. Svetska zdravstvena organizacija preporučuje da se, ako je ponuda vakcina ograničena, da se najpre vakcinišu osobe s najvećim rizikom od COVID-19, što se posebno odnosi na starije od 60 godina⁽¹⁴⁾.

U radu će biti prikazan slučaj epidemije COVID-19 infekcije u Gerontološkom centru u Šapcu koja je trajala od 09.01.2021. godine do 10.02.2021. godine.

2. Cilj rada

Cilj rada je prikazati efekat preventivnih mera na smanjenje rizika po zdravlje korisnika ustanova za smeštaj starijih lica. Kao prikaz slučaja prikazani su efekti opštih i specifičnih mera prevencije na nastanak infekcije COVID 19.

Posebno će biti prikazani podaci koji ukazuju na smanjenje smrtnosti kod korisnika koji su bili vakcinisani, ali i na značaj doslednog provođenja opštih protivepidemijskih mera.

3. Materijal i metod

3.1 Protivepidemijske mere

Osnovna podela protivepidemijskih mera je na opšte i specifične. Najefikasnije opšte mere prevencije uključuju:

- često pranje ruku sapunom i vodom ili dezinfekciju sredstvima na bazi alkohola,
- izbegavanje dodirivanja očiju, nosa i usta,
- čuvanje higijene vazduha tako da se kašlje u lakat ili u maramicu koja se nakon toga baca u smeće,
- provetravanje prostorija,
- održavanje razmaka od najmanje 1 m,
- za starije od 60 godina preporučuje se izbegavanje lokacija na kojima je mnogo ljudi, te zakazivanje pregleda kod lekara,
- savetuje se starijim osobama da ostanu u svojim domovima, te ukoliko im je potrebno, zatraže pomoć Crvenog krsta⁽¹⁵⁾.

Opšte mere za COVID-19 infekciju su slične merama za sve ostale respiratorne infekcije. Preporuke su dopunjavane u skladu sa promenama epidemiološke situacije. Kako bi se navedene infekcije prevenirale predložen je niz postupaka koje starije osobe trebaju provoditi. Neki oblici prevencije odnose se na obavljanje svakodnevnih postupaka poput:

- pranja ruku, učestalo pranje ruke sapunom i toplom vodom u trajanju od 20-tak sekundi ili trljanje i dezinfekcija sredstvima koja sadrže 70 % alkohola.

- dodirivanja lica, odnosno izbegavanja dodirivanja očiju, nosa i usta, jer tim putem virus može ući u telo.
- kihanja i kašljanja, odnosno čuvanja higijene zraka na način da se kašlje ili kiše u savijeni lakat ili papirnatu maramicu koja se nakon toga baca u kantu za otpatke sa poklopcem.
- maske za lice, tačnije nošenje medicinske maske preporučeno je samo ukoliko starija osoba ima respiratorne simptome. Prije i nakon uklanjanja maske s lica obavezno je provesti higijenu ruku tačnije pranje odnosno dezinfekciju.
- lična higijena koju je važno održavati isto kao i okolinu.
- higijena prostora i održavanja stambenog prostora na način da se povremeno prebriše površina koja se često dotiče rukama sa sredstvom za dezinfekciju površina kakva se i inače koriste u kućanstvima, uz redovito provjetravanje životnog prostora.
- održavanje fizičke distance, kada se starija osoba nalazi u društvenom kontaktu treba održavati razmak s drugim osobama koji se odnosi na onaj najmanji od dva metra⁽¹⁶⁾.

Sve navedene mere su se prilagođavale i obavezno nošenje maski i izolacija obolelih, odnosno osoba koje su bile u kontaktu sa pozitivnim, postale su prioritet postupanja u staračkim domovima. Za zdravstveno i drugo osoblje koje dolazi u kontakt sa pacijentima koji imaju COVID-19 infekciju važile su dodatne mere zaštite od infekcije. Uobičajene mere su bile upotreba lične zaštitne opreme: maska, vizir, zaštitna odela za osoblje pri radu s COVID-19 pacijentima⁽¹⁷⁾. Da bi se smanjila transmisija COVID-19 sa potencijalno asimptomatskih ili presimptomatskih osoba, Evropski centar za kontrolu i prevenciju bolesti preporučuje korišćenje maski za lice⁽¹⁸⁾.

Tabela 1. Mere prevencije i kontrole COVID-19 u zajednici⁽¹⁹⁾.

Karantin	Druge mere
Dobrovoljni karantin (samoizolacija)	Izbegavanje gužve
Obavezni karantin	Higijena ruku
	Izolacija
Privatna stanovi ili kuće	Lična zaštitna oprema
Bolnice	
Javne institucije	Mere u školama/ zatvaranje
Drugi (brodovi za krstarenje, itd.)	Fizička distanca
	Mere/prekidi rada

Vakcinacija, kao specifična mera prevencije je imala veliki uticaj na smanjenje morbiditeta i mortaliteta kod COVID-19 infekcije. Pfizer-BioNTech i Moderna vakcine pokazale su 74,7% efikasnost vakcinacije protiv infekcije u pre-Delta razdoblju (mart-maj 2021.) te pad na 53,1% tokom pojave Delta soja⁽²⁰⁾.

3.2 Prikaz slučaja

Osobenost slučaja je to da je 31.12.2020. godine prvom dozom vakcinicano 156 od 210 korisnika vakcinom Pfizer Biontech.

U gerontološkom centru u Šapcu dana 09.01.2021. godine prijavljena je epidemija COVID-19 infekcije. Korisnici su bili smešteni dva objekta stacionar 57 i novi objekat 154. Epidemija se dešavala samo u novom objektu.

Nakon izbijanja i proširenja epidemije, preduzete su opsežne protivepidemijske mere. Mere su dopunjavane i prilagođavane situaciji u zgradi.

Odmah po dobijanju informacije Zavod za javno zdravlje Šabac je uputio ekipu sa zadatkom higijensko-epidemiološkog nadzora, utvrđivanja činjeničnog stanja i davanja instrukcija o sprovođenju mera u cilju sprečavanja daljeg širenja COVID-19 infekcije. Tom prilikom je dat predlog za reorganizaciju prostora sa ciljem formiranja privremene kovid bolnice i predložene su sve protivepidemijske mere koje su u datom trenutku bile propisane od strane Ministarstva zdravlja, Vlade Republike Srbije i Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut”.

Dana 9.01.2021. godine ekipa Zavod za javno zdravlje Šabac u istom sastavu je obavila kontrolni vanredni higijensko-epidemiološki nadzor sa ciljem kontrole preduzetih mera, koje su prethodnog dana predložene od strane Zavoda za javno zdravlje Šabac. Prilikom nadzora utvrđeno je da su mere delimično sprovedene. Istog dana je obavljeno antigensko testiranje korisnika u saradnji sa zaposlenima u Gerontološkom centru. Odmah nakon rezultata testiranja, izvršena je zvanična prijava epidemije zaraznih bolesti (broj pod kojim je zavedena prijava 70/1). Epidemija je prijavljena Institutu za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut”.

Dana 10.01.2021. godine izvršeno je PCR testiranje svih zaposlenih (medicinskog i nemedicinskog osoblja) u GC Šabac kako bi se mogla izvršiti preraspodela osoblja i formirati timovi za rad u turnusima 10-14 dana, koji bi pre ulaska u zgradu bili testirani PCR testom. Zgrada stacionara, koja nije bila ugrožena, je potpuno izolovana. Zavod za javno zdravlje Šabac je istog dana interventno poslao ličnu zaštitnu opremu iz sopstvenog magacina, prskalice za obavljanje dezinfekcije i dezinfekciono sredstvo, kante za odlaganje infektivnog otpada nakon što je utvrdio da predložene protivepidemijske mere nisu sprovedene od strane zaposlenih u GC Šabac. Pored toga Zavod za javno zdravlje Šabac je organizovao obuku zaposlenih u GC Šabac za korišćenje lične zaštitne opreme, obavio kompletnu dezinfekciju objekata.

Na osnovu Rešenja Komandanta Štaba za vanredne situacije Grada Šapca od 11.01.2021. godine, jedan zaposleni je imenovan u Radni tim za koordinaciju rada zdravstvene službe u Gerontološkom centru Šabac. Zaposleni lekar specijalista higijene je bio zadužen za higijensko-epidemiološke mere.

U periodu od 11.01.2021. godine do 09.02.2021. godine zaposleni lekar specijalista higijene je svakodnevno vršio nadzore u Gerontološkom centru i učestvovao u radu Štaba za vanredne situacije Grada Šapca, koji se zbog ove epidemije sastajao svakodnevno. U početku epidemije je bilo velikih problema sa nepostupanjem po naloženim merama. Tu se prvenstveno misli na nepotrebno kašnjenje u pregrađivanju hodnika i organizaciju crvene, sive i zelene zone. Zbog toga je ceo objekat morao da se organizuje kao crvena zona, sa određenim specifičnostima rada u prizemlju. Obuka zaposlenog medicinskog osoblja i ispomoći iz Doma zdravlja Šabac, kao i negovateljica vršena je u crvenoj zoni na licu mesta. Cilj je bio sačuvati korisnike, koji nisu oboleli, a bili su većinom smešteni u prizemlju od oboljevanja. Doslednom primenom i aktivnim nadzorom se u tome i uspeo. U početku epidemije nadzori su vršeni po nekoliko puta dnevno.

Dana 18.01.2021. godine je došlo do pojave oboljevanja zaposlenih u kuhinji, pa je zbog toga, idući problemu u susret, hitno organizovano alternativno snabdevanje korisnika hranom. Kasnije širenje infekcije i među ostalim zaposlenim u kuhinji je samo potvrdilo svrsishodnost mera, zbog čega nije došlo do bilo kakvih problema u ishrani korisnika.

Sa smirivanjem epidemije je dana 09.02. urađen finalni nadzor i izvršena je dezinfekcija od strane ekipe Zavoda za javno zdravlje Šabac.

Dana 10.02.2021. godine objavljena je epidemija u Gerontološkom centru Šabac.

Suština preduzetih mera je bila u tome da se pacijenti u stacionaru, gde nije bilo slučajeva COVID-19 infekcije stave u potpuni karantin, zajedno sa zaposlenim osobljem. Tokom karantina nije bilo nikakvog ulaska i izlaska iz zgrade stacionara, kao ni smena zaposlenih. U drugom edelu Gerontološkog centra suština mera je bila organizovanje privremene kovid bolnice u postojećem prostoru, organizacija pregrađivanja prostora sa utvrđivanjem čistih i prljavih puteva, organizacija crvenih i zelenih zona, kao i obuka zaposlenih koji nisu imali medicinska znanja, a morali su ulaziti u crvenu zonu. Pored toga u sobama gde nije bilo slučajeva infekcije, sprovedena je izolacija uz dostavljanje hrane i ostalih neophodnih stvari spolja.

Poseban problem je bio organizovanje ishrane obolelih i zdravih korisnika, obzirom na rizik od infekcije i daljeg širenja bolesti. Hrana za CRVENU ZONU mora se spremati van ustanove i dostavljati u tabletiranom obliku. U slučaju da navedeni vid pripremanja i distribuiranja hrane nije moguć, predložimo alternativno rešenje, da se hrana priprema u kuhinji Gerontološkog centra, koja je smeštena u ZELENOJ ZONI, pakuje u posude za jednokratnu upotrebu, liftom za hranu transportuje u priručnu kuhinju u CRVENOJ ZONI i odatle distribuira po sobama, od strane osoblja koje je opredeljeno za rad u CRVENOJ ZONI. Suština ove protivepidemijske mere je poštovati jedan smer kretanja hrane, što znači da se neiskorišćena hrana i ambalaža ne sme vraćati u ZELENU ZONU, nego se tretira kao infektivni otpad⁽²¹⁾.

4. Rezultati i diskusija

Tokom trajanja epidemije ukupno je obolelo 125 korisnika od ukupno 153 u novom objektu. Morbiditet je bio 81,7%, od ukupno 118 vakcinisanih u novom objektu obolelo je 98 (83%), a od 35 nevakcinisanih obolelo je 27 (77,1%).

Hospitalizovano je ukupno 33 korisnika sa težom formom bolesti, od čega 25 vakcinisanih (25,5% obolelih), a kod nevakcinisanih je hospitalizovano 8 korisnika (29,6%).

Smrtnost od COVID-19 infekcije među korisnicima je bila 14,3% u populaciji vakcinisanih prvom dozom vakcine (14/98), a kod nevakcinisanih je smrtnost iznosila 29,6% (8/27).

Obzirom na procenat morbiditeta, jasno je da u početku infekcije nije postojao imunitet ni kod vakcinisanih, ni kod nevakcinisanih korisnika. Tokom vremena se razvijao imuni odgovor i na infekciju, ali i na vakcinaciju što je rezultiralo većim preživljavanjem kod korisnika koju su bili vakcinisani.

Inače, određeni stepen zaštite je kod obe vakcine mogao da se uoči već od 12. dana nakon prve doze, pri čemu je puna zaštita ostvarena nedelju dana nakon druge doze vakcine. S obzirom na to da RNK vakcine do sada nisu nikada korišćene u humanoj populaciji (osim u manjim kliničkim studijama), ovako slični rezultati dobijeni sa dve različite vakcine u dve različite kliničke studije sa velikim brojem ispitanika (od 30 do 40 hiljada) nedvosmisleno su pokazali da su RNK vakcine efikasne u indukciji protektivnog imuniteta protiv COVID-19^(22,23).

5. Zaključak

Iako u naučnoj literaturi nema sličnog slučaja da je epidemija COVID-19 infekcije izbila u populaciji starih osoba, koje su tek primile prvu dozu vakcine, mogu se izvući odrađeni zaključci. Nesumnjivo je da dosledno i brzo sprovođenje opštih protivepidemijskih mera može zaštititi osetljivu populaciju od izlaganja infektivnom agensu. U slučajevima kada se mere ne sprovedu brzo, dolazi do rapidnog širenja i oboljevanja, faktički, svih koji su došli u kontakt sa infektivnim agensom. Formiranje imunog odgovora kod vakcinisanih je imalo uticaj na smanjenje broja smrtnih ishoda.

Kompletno sprovedene protivepidemijske mere su sprečile nastanak bolesti u značajnoj populaciji korisnika, bez obzira što su svo vreme boravili u crvenoj zoni.

Sprovođenje vakcinacije je uticalo na smanjenje smrtnosti, iako je prošao kratak rok od prve doze, ali nije uticalo na smanjenje morbiditeta i broja hospitalizacija (teške forme bolesti).

Literatura

1. K. Ramljak, M. Vrebalov Cindro, M. Tomičić: Akutne respiratorne infekcije gornjih dišnih puteva u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine, *Med. Fam. Croat.*, 2019.
2. Yegorov S, Goremykina M, Ivanova R, Good SV, Babenko D, Shevtsov A, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and virologic features of COVID-19 patients in Kazakhstan: A nation-wide retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021;4:100096. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100096>
3. Vafadar ME, Teimouri A, Rezaee R, Morovatdar N, Foroughian M, Layegh P, et al. Increased age, neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and white blood cells count are associated with higher COVID-19 mortality. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2021;40:11–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.003>
4. K. Kuba K, Y. Imai, T. Ohto-Nakanishi, et al: Trilogij ACE2: a peptid as eintherenin–angiotensin system, a SARS receptor, and a partner for amino acid transporters, *Pharmacol Ther*, br. 119, siječanj 2010, str. 119-128
5. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus> 2019. dostupno 31.1.2022.
6. F.B. Ahmad, J.A. Cisewski, A. Miniño, R.N. Anderson, Provisional Mortality Data - United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, br. 70, rujan 2021, str. 519-522.
7. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-on-social-distancing-and-for-vulnerable-people/guidance-on-social-distancing-for-everyone-in-the-uk-and-protecting-older-people-and-vulnerable-adults>, dostupno 26.11.2022.
8. R. Brazzoni i sur.: ESPEN-ovo stručno mišljenje; praktične smjernice za nutritivnu potporu bolesnika s infekcijom SARS Cov-2, *Liječnički vjesnik*, 2020., 142, 75-84
9. HZJZ: Mjere zaštite od respiratornih infekcija uključujući SARS-Cov-2 osobe sa kroničnim bolestima te starije osobe, Dostupno na: <https://www.koronavirus.hr/preporuke-za-osobe-starije-zivotne-dobi-i-osobe-s-kronicnim-nezaraznim-bolestima-u-okviru-postupnog-ublazavanja-restrikcija-vezanih-uz-covid-19/507>
10. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues> dostupno 10.03.2025.
11. Peeters I, Vermeulen M, Bustos Sierra N, Renard F, Van der Heyden J, Scohy A, et al. Surveillance of COVID-19 mortality in Belgium, epidemiology and methodology during 1st and 2nd wave (March 2020–14 February 2021). *Sciensano*: Brussels; 2021. [Assessed 9 Sep 2021]. Available from: <https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>
12. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteau M, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *Biomed Res Int*.2020;2020:8870249.
13. Lovreković, M., Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19(1), 55-79.
14. [who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines), dostupno 24.01.2022.
15. <https://www.stampar.hr/hr/preporuke-za-ocuvanje-zdravlja-osoba-starijih-od-65-godina-i-kronicnih-bolesnika-covid-19>, dostupno 24.01.2022.
16. B. Barišić, V. Krajinović: Bolničke pneumonije, prevencija, dijagnostika i liječenje, *Medix*, 2004., 52, 28-30
17. WHO Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March 2020 DOI: 10.15557/PiMR.2020.0003

18. European Centers for Disease Control (ECDC) (2020). Using face masks in the community reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre-symptomatic people through the use of face masks ECDC Technical Report [online]. Website <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission> [accessed 8 April 2020].
19. Rahmet Güner H, Hasanoğlu I, Firdevs A, COVID-19: Prevention and control measures in community Turkish Journal of Medical Sciences, TJMS Vol. 50(2020), 572.<https://doi.org/10.3906/sag-2004-146>
20. Nanduri S, Pilishvili T, Derado G, Soe MM, Dollard P, Wu H, Li Q, Bagchi S, Dubendris H, Link-Gelles R, Jernigan JA, Budnitz D, Bell J, Benin A, Shang N, Edwards JR, Verani JR, Schrag SJ. Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Nursing Home Residents Before and During Widespread Circulation of the SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant - National Healthcare Safety Network, March 1-August 1, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 Aug 27;70(34):1163-1166. doi: 10.15585/mmwr.mm7034e3
21. Uputstvo o sprovođenju protivepidemijskih mera Zavoda za javno zdravlje Šabac broj: 72/3 od 11.01.2021. godine: Dodatno pojašnjenje protivepidemijskih mera u Gerontološkom centru Šabac
22. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. The New England journal of medicine. 2021; 384(5):403-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389
23. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. The New England journal of medicine. 2020; 383(27):2603-15. DOI: 10.1056/NEJMoa2034577

IZAZOVI ZDRAVSTVENE SKRBI U BRIZI ZA STARIJE OSOBE U SUVRMENOM DRUŠTVU

Sažetak

Suvremeno društvo suočava se s izazovima starenja populacije, što zahtijeva prilagodbu zdravstvenih sustava i specijaliziranu skrb za starije osobe. Ključne usluge uključuju prevenciju, rano prepoznavanje bolesti, liječenje, rehabilitaciju i dugotrajnu skrb. Starije osobe često pate od kroničnih bolesti poput hipertenzije, dijabetesa, artritisa, te neuroloških i mentalnih poremećaja, uključujući demenciju. Kako bi se osigurala njihova kvaliteta života, važno je pružiti integrirani pristup koji uključuje liječničku, psihološku, socijalnu i rehabilitacijsku skrb. Osim toga, sve veći broj starijih osoba živi s invaliditetom, što čini potrebnim razvoj usluga koje omogućuju samostalnost i unaprjeđenje njihove svakodnevne funkcionalnosti. Istodobno, zdravstveni sustavi suočavaju se s izazovima poput nedostatka resursa, stručnog kadra i financijskih ograničenja, što zahtijeva bolju koordinaciju među sektorima, uključujući bolnice, domove za starije osobe i obiteljske liječnike, kako bi se stvorili učinkoviti sustavi za praćenje zdravlja starijih osoba. Pri tome, društvo mora usmjeriti veći fokus na prevenciju bolesti, promicanje zdravog starenja i educiranje obitelji i zajednice o važnosti podrške starijim osobama. Osiguranje dostupnosti zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu njegu u kući i rehabilitacijske usluge, postaje nužno kako bi se smanjio pritisak na bolničke kapacitete i omogućilo starijim osobama dostojanstveno starenje u vlastitim domovima.

Ključne riječi: zdravstvena skrb, starije osobe, suvremeno društvo

CHALLENGES OF HEALTHCARE IN THE CARE FOR OLDER ADULTS IN MODERN SOCIETY

Abstract

Healthcare systems and specialized care for older adults are crucial. Key services include prevention, early disease detection, treatment, rehabilitation, and long-term care. Older adults often suffer from chronic conditions such as hypertension, diabetes, arthritis, and neurological and mental disorders, including dementia. To ensure their quality of life, it is essential to provide an integrated approach that encompasses medical, psychological, social, and rehabilitative care. Additionally, an increasing number of older adults live with disabilities, making it necessary to develop services that promote independence and enhance their daily functionality. At the same time, healthcare systems face challenges such as resource shortages, insufficient staff, and financial constraints, requiring better coordination between sectors, including hospitals, nursing homes, and general practitioners, to create effective health monitoring systems for older adults. Society must also place greater emphasis on disease prevention, promoting healthy aging, and educating families and communities about the importance of supporting older adults. Ensuring access to healthcare, including home care and rehabilitation services, is essential to reduce pressure on hospital capacities and enable older adults to age with dignity in their own homes.

Keywords: healthcare, older adults, modern society

¹ Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije, Odjel za kvalitetu

1. Uvod

U današnjem društvu starija populacija čini sve veći udio globalne demografske slike, što postavlja pred društva širom svijeta značajne izazove, posebno u pogledu socijalne i zdravstvene skrbi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, proces starenja populacije postao je jedan od ključnih globalnih fenomena koji ima dugoročne implikacije na gotovo sve aspekte društvenog života (1). Ovaj trend prepoznat je na međunarodnoj razini kroz usvajanje Bečkog međunarodnog akcijskog plana 1982. godine, koji je postavio temelje za razumijevanje i rješavanje problema starenja (2), a kasnije i Madridskog međunarodnog akcijskog plana 2002. godine (3). Godine 1990. usvojena je Rezolucija UN-a br. 45/106 koja je odredila 1. listopada kao Međunarodni dan starijih osoba, kako bi se podigla svijest o izazovima s kojima se suočava ova populacija (4).

Predviđanja o demografskim promjenama u svijetu do 2050. godine ukazuju na to da će broj starijih osoba premašiti broj mlađe populacije, čime će stariji ljudi činiti značajan postotak ukupne svjetske populacije. Očekuje se da će broj osoba starijih od 65 godina do 2050. godine doseći 1,6 milijardi, što će predstavljati približno 16% globalne populacije (5). Ovaj demografski pomak zahtijeva prilagodbu društvenih sustava, a posebno zdravstvenih i socijalnih usluga, kako bi se omogućio dostojanstven i kvalitetan život starijim osobama. U tom kontekstu, zdravstvena skrb postaje ključna za osiguranje kvalitete života starijih osoba, s naglaskom na prevenciju, liječenje kroničnih bolesti i rehabilitaciju, kao i na naprjeđenje socijalnih uvjeta.

Zbog svega navedenog, izuzetno je važno istražiti izazove s kojima se suočava zdravstveni sustav u prilagodbi na potrebe starije populacije, te načine na koje društvo može omogućiti adekvatne uvjete za život starijih osoba. Stoga će u ovom radu naglasak biti stavljen na zdravstvene aspekte, s posebnim fokusom na fiziološke promjene koje prate starenje, povećani rizik od bolesti, te integrirani pristup zdravstvenoj skrbi koji uključuje preventivne mjere, liječenje, rehabilitaciju i socijalnu skrb. Kroz analizu postojećih smjernica i preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (6), bit će razmotreni ključni faktori koji omogućuju očuvanje zdravlja i kvalitete života starijih osoba u suvremenom društvu.

2. Starenje populacije kao izazov za zdravstvene sustave

Demografske promjene koje uključuju starenje populacije postaju jedan od najvećih izazova za suvremena društva i njihove zdravstvene sustave. Ovo starenje populacije ima značajan utjecaj na sve aspekte društva, no posebno je izazovno za zdravstvene sustave koji moraju prilagoditi svoje usluge kako bi zadovoljili specifične potrebe starijih osoba (5).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, svijet se suočava s dramatičnim porastom broja starijih osoba (6). Broj ljudi starijih od 65 godina raste brže od bilo koje druge dobne skupine. U 2020. godini, globalni broj osoba starijih od 60 godina premašio je milijardu. Uzrok ovom procesu leži u smanjenju nataliteta i povećanju životnog vijeka, što su glavni faktori koji pogoduju starenju populacije. Smanjenje broja novorođene djece, te medicinski napredak koji produžuje životnu dob, posebno kod starijih osoba, rezultira povećanjem udjela starijih u ukupnoj populaciji (5).

U Hrvatskoj, kao i u mnogim drugim razvijenim zemljama, stariji ljudi čine sve veći postotak stanovništva. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske, broj osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj premašuje 20% ukupne populacije, a predviđa se da će taj broj nastaviti rasti u narednim desetljećima (7). Ove promjene izazivaju brojne socio-ekonomske izazove, uključujući potrebu za većim ulaganjima u zdravstvene i socijalne usluge. Stoga je važno analizirati izazove koje starenje populacije donosi zdravstvenim sustavima, uz poseban naglasak na potrebu prilagodbe zdravstvene skrbi.

Demografske promjene povezuju se s nizom zdravstvenih izazova, jer starije osobe imaju specifične zdravstvene potrebe koje zahtijevaju prilagodbu postojećih zdravstvenih sustava. Prvo, fiziološke promjene koje dolaze s godinama povećavaju rizik od kroničnih bolesti, kao što su hipertenzija, dijabetes, srčane bolesti, osteoporoza i neurodegenerativne bolesti poput Alzheimerove bolesti. Stariji ljudi također često pate od više bolesti u isto vrijeme (komorbiditet), što dodatno komplicira liječenje (6).

Drugi izazov je potreba za dugotrajnom njegom i rehabilitacijom. Mnogi stariji ljudi postaju ovisni o pomoći drugih zbog smanjenje funkcionalnih sposobnosti, što povećava opterećenje na sustave socijalne i zdravstvene zaštite. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, stariji ljudi najčešće imaju potrebe za medicinskom njegom, fizičkom terapijom i mentalnim zdravljem, ali i za društvenim kontaktima koji im omogućuju aktivno sudjelovanje u zajednici i smanjuju osjećaj izolacije (6).

Jedan od ključnih izazova za zdravstveni sustav je povećanje broja starijih osoba koje pate od mentalnih bolesti, posebno demencije. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, broj osoba s demencijom u svijetu mogao bi porasti s 50 milijuna u 2018. godini na 131,5 milijuna do 2050. godine. Ova bolest ima ozbiljan utjecaj na kvalitetu života, ali i na obitelji koje brinu o oboljelima, kao i na zdravstvene resurse koji su potrebni za njihovu skrb (8).

Kako bi se odgovorio na izazove povezane sa starenjem populacije, zdravstveni sustavi moraju se prilagoditi novim potrebama. Prvi korak je osiguranje dostupnosti preventivnih mjera koje omogućuju ranije otkrivanje i liječenje kroničnih bolesti, kao i smanjenje rizika od njihovog razvoja. Redoviti medicinski pregledi, kontrola krvnog tlaka, testiranje na dijabetes i druge preventivne mjere ključni su za smanjenje zdravstvenih problema među starijim osobama.

Također, zdravstveni sustavi moraju razviti specijalizirane usluge koje odgovaraju specifičnim potrebama starijih osoba, uključujući gerontološke usluge, zdravstvenu njegu u kući i rehabilitaciju. Potrebna je i edukacija zdravstvenih radnika za rad s gerijatrijskim pacijentima, jer starije osobe zahtijevaju specifičan pristup koji uzima u obzir njihove fizičke i mentalne promjene.

Uz to, važno je osigurati pristup kvalitetnoj dugotrajnoj zdravstvenoj njezi, koja omogućuje starijim osobama da što duže ostanu u svojim domovima, uz minimalnu ovisnost o institucijama. Razvoj socijalnih usluga, kao što su dnevni centri za starije osobe, podrška obiteljima i zajedničke inicijative za smanjenje socijalne izolacije, također su ključni za poboljšanje kvalitete života starijih osoba (6).

Stoga, demografske promjene, posebno starenje populacije, predstavljaju jedan od najvećih izazova za suvremene zdravstvene sustave. Starenje društva zahtijeva prilagodbu zdravstvene i socijalne skrbi, uključujući ulaganje u preventivne mjere, specijalizirane usluge i dugotrajnu zdravstvenu njegu. Pravilna priprema za ove promjene, kako na razini politike, tako i na razini zdravstvenih sustava, može omogućiti starijim osobama kvalitetan život i smanjiti opterećenje na društvo u cjelini. Samo kroz sveobuhvatan pristup, koji uključuje prevenciju, liječenje i socijalnu podršku, moguće je zadovoljiti rastuće potrebe starije populacije i odgovoriti na izazove koje ona nosi.

3. Promjene u starijih osoba

S godinama, ljudski organizam podliježe brojnim fiziološkim promjenama koje utječu na njegovu funkcionalnost i povećavaju rizik od različitih zdravstvenih problema. Stariji ljudi suočavaju se s promjenama koje uključuju smanjenje gustoće kostiju, slabiji imunitet, smanjenje kapaciteta organa te smanjenje fizičke i mentalne aktivnosti. Takve promjene često dovode do razvoja kroničnih bolesti i komorbiditeta, a zdravstvena skrb za starije osobe mora uzeti u obzir ove kompleksnosti. Stoga je nužno analizirati fiziološke promjene koje dolaze s

godinama, povezanost tih promjena s povećanim rizikom od bolesti te izazove koje one predstavljaju za zdravstveni sustav (6).

Osteoporoza, koja je stanje smanjenja gustoće kostiju, postaje učestalija s godinama, što povećava rizik od prijeloma kostiju, osobito kod žena nakon menopauze (9). Također, smanjenje mišićne mase, poznato kao sarkopenija, dovodi do smanjenja snage i izdržljivosti, što utječe na mobilnost i kvalitetu života starijih osoba (10).

Imunološki sustav također slabi s godinama, što čini starije osobe podložnijima infekcijama i drugim zdravstvenim problemima. Slabljenje imuniteta, poznato kao imunosenescencija, smanjuje sposobnost tijela da se bori protiv patogena, što povećava učestalost bolesti poput upale pluća, gripe i drugih respiratornih infekcija (11).

S fiziološkim promjenama koje dolaze s godinama, povećava se i rizik od razvoja kroničnih bolesti. Stariji ljudi češće pate od bolesti poput hipertenzije, dijabetesa tipa 2, arterioskleroze i srčanih bolesti. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kronične bolesti su glavni uzrok smrtnosti i invaliditeta u starijoj dobi. Također, starije osobe često pate od više bolesti u isto vrijeme, što se naziva komorbiditet. Komorbiditet komplicira liječenje jer istovremeno treba adresirati više zdravstvenih problema koji se međusobno mogu negativno utjecati (12).

Jedan od najčešćih i najsmrtonosnijih zdravstvenih problema u starijoj dobi je kardiovaskularne bolesti, koje uključuju srčani udar, moždani udar i hipertenziju. S godinama, arterije gube svoju elastičnost, a krvni tlak može postati povišen, što povećava rizik od razvoja srčanih bolesti (13). Također, bolesti poput dijabetesa tipa 2 često prate stariju populaciju, jer se s godinama smanjuje sposobnost tijela da pravilno koristi inzulin, što dovodi do povećanja razine glukoze u krvi (14).

Komorbiditet, odnosno prisutnost više bolesti u isto vrijeme, postaje sve češći u starijoj dobi. Ovaj fenomen predstavlja veliki izazov za zdravstvenu skrb jer zahtijeva holistički pristup koji uzima u obzir sve aspekte zdravlja starijih osoba. Osobe s komorbiditetima obično zahtijevaju kompleksnu terapiju koja uključuje različite lijekove i tretmane, čime se povećava rizik od nuspojava i interakcija lijekova. Osim toga, komorbiditet može dovesti do većeg opterećenja na zdravstvene sustave, jer starije osobe s više bolesti zahtijevaju učestalije medicinske preglede i produženi tretman.

Jedan od ključnih problema starijih osoba je smanjenje fizičke aktivnosti i mobilnosti. S godinama, mnogi ljudi postaju manje aktivni zbog fizičkih smetnji, kao što su bolovi u zglobovima, artritis ili slabost mišića. Smanjena fizička aktivnost doprinosi povećanju rizika od pretilosti, dijabetesa, srčanih bolesti, ali i od mentalnih problema poput depresije i anksioznosti. Smanjenje mobilnosti također povećava rizik od padova, koji su česti kod starijih osoba i mogu dovesti do ozbiljnih ozljeda, kao što su prijelomi kostiju, što dodatno smanjuje njihovu sposobnost za samostalno funkcioniranje (15).

Smanjenje mentalnih kapaciteta također je česta pojava kod starijih osoba, osobito u kontekstu demencije, Alzheimerove bolesti i drugih neurodegenerativnih bolesti. Ove bolesti značajno utječu na sposobnost starijih osoba da se brinu za sebe, što ih često čini ovisnima o vanjskoj pomoći. Zdravstveni sustav mora se prilagoditi ovoj novoj stvarnosti, osiguravajući adekvatnu zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i podršku za starije osobe koje boluju od mentalnih bolesti (16).

Dakle, fiziološke promjene koje dolaze s godinama imaju značajan utjecaj na zdravlje starijih osoba, povećavajući rizik od kroničnih bolesti, komorbiditeta, smanjenja fizičke aktivnosti i mentalnih problema. Zdravstvena skrb za starije osobe mora uzeti u obzir ove kompleksne promjene i pružiti holistički pristup koji uključuje prevenciju, ranu dijagnozu i učinkovito liječenje kroničnih bolesti, te osiguranje adekvatne njege za one koji su ovisni o vanjskoj pomoći. Suočavanje s izazovima fizioloških promjena u starijoj dobi zahtijeva prilagodbu zdravstvenih sustava kako bi starijim osobama omogućili kvalitetan i zdrav život.

4. Integrirana skrb za starije osobe

Zdravstveni problemi starijih osoba nisu samo fizički, već obuhvaćaju i psihološke i socijalne aspekte, što zahtijeva sveobuhvatan pristup u pružanju skrbi. Integrirana skrb za starije osobe, kako ju definira Svjetska zdravstvena organizacija, predstavlja koordiniranu i holističku skrb koja uključuje preventivne mjere, liječenje kroničnih bolesti, rehabilitaciju i socijalnu skrb (6). Stoga je važno analizirati integrirani pristup u zdravstvenoj skrbi za starije osobe, s naglaskom na preventivne mjere, liječenje i rehabilitaciju, te pristup zdravstvenoj njezi u kući. Svjetska zdravstvena organizacija izdala je 2017. godine smjernice za integriranu skrb o starijim osobama, naglašavajući potrebu za sveobuhvatnim pristupom u zdravlju starijih ljudi. Integrirani pristup podrazumijeva koordinaciju različitih aspekata skrbi kako bi se starijim osobama omogućilo samostalno življenje uz održavanje što bolje kvalitete života. Ovaj pristup uključuje prevenciju bolesti, liječenje postojećih kroničnih bolesti, rehabilitaciju i socijalnu skrb, te je osmišljen kako bi odgovorio na složene zdravstvene potrebe starijih osoba (6).

Preventivne mjere igraju ključnu ulogu u smanjenju zdravstvenih problema i povećanju kvalitete života starijih osoba. Redoviti medicinski pregledi omogućuju ranu detekciju bolesti, što je od velike važnosti jer stariji ljudi često imaju kronične bolesti koje se mogu pogoršati ako se ne liječe na vrijeme. Osim toga, promicanje zdravih životnih navika, poput uravnotežene prehrane, prestanka pušenja, te fizičke i mentalne aktivnosti, može značajno smanjiti rizik od razvoja teških bolesti, kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes i demencija (17).

Fizička aktivnost je jedan od ključnih elemenata preventivnih mjera jer smanjuje rizik od raznih bolesti i poboljšava mobilnost, ravnotežu i kvalitetu života. Redovita tjelovježba također pomaže u očuvanju mišićne mase i gustoće kostiju, čime se smanjuje rizik od padova i prijeloma (18). Osim fizičke aktivnosti, mentalna stimulacija također igra važnu ulogu u prevenciji kognitivnih smetnji. Aktivnosti kao što su čitanje, društvene igre i učenje novih vještina mogu pomoći u održavanju mentalnih kapaciteta.

Kronične bolesti, poput hipertenzije, dijabetesa, osteoporoze i artritisa, česte su među starijim osobama. Integrirani pristup obuhvaća dugoročno liječenje ovih bolesti, ali i rehabilitaciju koja omogućuje starijim osobama da se oporave nakon bolesti ili ozljeda, te da zadrže funkcionalne sposobnosti. Rehabilitacija može uključivati fizičke terapije, prilagodbu prostora za lakšu mobilnost, te kognitivnu rehabilitaciju u slučajevima demencije i drugih neurodegenerativnih bolesti (19). Kronične bolesti zahtijevaju kontinuiranu zdravstvenu skrb, uključujući redovito praćenje zdravstvenog stanja, prilagodbu lijekova i terapija prema potrebama pojedinca, kao i edukaciju pacijenata o njihovoj bolesti. Liječnici, medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici moraju usko surađivati kako bi osigurali da starije osobe dobiju sveobuhvatnu i koordiniranu skrb koja uključuje sve aspekte njihove bolesti.

Jedan od ključnih aspekata integrirane skrbi za starije osobe je omogućavanje zdravstvene njege u kući. Mnoge starije osobe preferiraju ostati u vlastitim domovima, gdje se osjećaju udobno i sigurno. Zdravstvena njega u kući obuhvaća posjete medicinskih sestara, rehabilitacijskih terapeuta, kao i psihosocijalnu podršku. Takve usluge omogućuju starijim osobama da i dalje sudjeluju u svakodnevnom životu, dok im istovremeno osiguravaju potrebnu zdravstvenu skrb. Osim toga, zdravstvena njega u kući smanjuje opterećenje zdravstvenih ustanova i omogućuje starijim osobama veću neovisnost i dostojanstvo (20).

S obzirom na sve navedeno, integrirana skrb za starije osobe predstavlja ključ za poboljšanje kvalitete života starijih ljudi, uz smanjenje opterećenja zdravstvenih sustava. Korištenje koordinirane skrbi koja uključuje preventivne mjere, liječenje kroničnih bolesti, rehabilitaciju i socijalnu skrb omogućuje starijim osobama da ostanu samostalni i aktivni što je duže moguće. S obzirom na demografske promjene, integrirani pristup postaje nužan za osiguranje održivog zdravstvenog sustava koji će odgovoriti na potrebe starije populacije.

5. Prilagodba zdravstvenih sustava potrebama starije populacije

Zdravstveni sustavi moraju biti spremni na prilagodbu potrebama starije populacije kako bi osigurali kvalitetnu i pravovremenu skrb koja odgovara specifičnim zdravstvenim, socijalnim i psihološkim potrebama starijih ljudi.

Jedan od ključnih aspekata prilagodbe zdravstvenih sustava potrebama starije populacije je ulaganje u edukaciju zdravstvenih radnika specijaliziranih za gerontološku medicinu. Gerontologija se bavi proučavanjem starenja i pružanjem zdravstvene skrbi starijim osobama, a specijalizirani zdravstveni radnici, poput gerijatara i medicinskih sestara za starije osobe, ključni su za pružanje kvalitetne skrbi. Zdravstveni radnici moraju biti osposobljeni za prepoznavanje specifičnih zdravstvenih problema starijih osoba, kao što su demencija, depresija i smanjenje funkcionalnih sposobnosti, te za primjenu odgovarajućih terapija i pristupa (21). Edukacija također uključuje i razvoj komunikacijskih vještina, jer stariji ljudi često pate od problema u komunikaciji zbog smanjenja kognitivnih funkcija ili fizičkih smetnji, poput gubitka sluha. Zdravstveni radnici trebaju biti educirani za rad s osobama koje imaju specifične potrebe u komunikaciji, uključujući osobe s demencijom ili drugim mentalnim poremećajima.

Prilagodba zdravstvenih sustava također uključuje osiguravanje pristupa specijaliziranim terapijama i lijekovima koji se koriste u gerontološkoj medicini. S obzirom na to da starije osobe često imaju više kroničnih bolesti, liječenje mora biti specifično i prilagođeno njihovim potrebama. Na primjer, lijekovi koji se koriste u liječenju bolesti poput osteoporoze, hipertenzije i dijabetesa trebaju biti prilagođeni starijim osobama, jer metabolizam i fiziološke funkcije kod starijih ljudi mogu biti različiti od onih kod mladih osoba. Također, stariji ljudi mogu imati veću sklonost nuspojavama lijekova, što zahtijeva pažljiviji pristup u propisivanju i praćenju terapija (22). Osim lijekova, važno je osigurati specijalizirane terapije, kao što su fizioterapija i radna terapija, koje pomažu starijim osobama u održavanju ili poboljšanju funkcionalnih sposobnosti. Ove terapije pomažu u prevenciji padova, poboljšanju pokretljivosti i smanjenju boli, što značajno doprinosi kvaliteti života starijih osoba.

Razvijanje sustava za praćenje zdravlja starijih osoba od esencijalne je važnosti kako bi se brzo reagiralo na promjene u zdravstvenom stanju. Digitalne tehnologije, poput nosivih uređaja za praćenje vitalnih funkcija (npr. pametni satovi ili monitori krvnog tlaka), mogu pomoći u kontinuiranom praćenju zdravlja starijih osoba. Ovi sustavi omogućuju pravovremeno prepoznavanje problema i promptno djelovanje, što može spriječiti ozbiljne komplikacije ili hospitalizacije. Osim toga, redoviti medicinski pregledi i zdravstveni nadzor omogućuju rano prepoznavanje pogoršanja zdravstvenog stanja, što omogućuje bržu intervenciju i prilagodbu terapija (23).

6. Zaključak

Starenje populacije predstavlja jedan od najvećih izazova za suvremena društva, a zdravstvena skrb za starije osobe mora biti prioritet. Kroz integrirani pristup, zdravstveni sustavi mogu pružiti odgovarajuću skrb koja će omogućiti starijim osobama zdraviji i kvalitetniji život. Ovaj rad je ukazao na važnost ulaganja u preventivne mjere, specijaliziranu medicinsku skrb i rehabilitaciju, te na potrebu za prilagodbom zdravstvenih sustava kako bi se nosili s izazovima koje donosi starenje. Samo kroz odgovoran pristup zdravstvenoj skrbi za starije osobe društvo može osigurati bolju budućnost za ovu populaciju.

Kako bi zdravstveni sustavi bili spremni na izazove starenja populacije, potrebno je ulagati u edukaciju zdravstvenih radnika, osigurati pristup specijaliziranim terapijama i lijekovima, te razviti sustave za praćenje zdravlja starijih osoba. Prilagodba zdravstvenih usluga specifičnim potrebama starijih osoba ključna je za očuvanje njihove kvalitete života i samostalnosti, te za smanjenje opterećenja zdravstvenih sustava. S obzirom na demografske promjene, važno je da zdravstveni sustavi odgovore na ove izazove i budu sposobni pružiti kvalitetnu skrb starijoj populaciji.

Literatura

1. World Health Organization (WHO). (2015). World Report on Ageing and Health. WHO. Dostupno na: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
2. United Nations (UN). (1982). Vienna International Plan of Action on Ageing. UN. Dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/ageing/vienna-international-plan-of-action-on-ageing.html>
3. United Nations (UN). (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing. UN. Dostupno na: <https://www.un.org/en/ageing/madrid-plan-action>
4. United Nations (UN). (1990). Resolution 45/106. International Day of Older Persons. UN. Dostupno na: <https://www.un.org/en/observances/international-day-of-older-persons>
5. United Nations. (2019). World Population Ageing 2019: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Dostupno na: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
6. World Health Organization (WHO). (2017). Guidelines for Integrated Care for Older People. WHO. Dostupno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>
7. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (DZS). (2022). Stanovništvo prema starosnoj dobi i spolu. DZS. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/>
8. World Health Organization (WHO). (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. WHO. Dostupno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
9. Riggs, B. L., Melton, L. J. The prevention and treatment of osteoporosis. *New England Journal of Medicine*. 1986;314(24),1676-87.
10. Evans, W. J. Sarcopenia and age-related changes in muscle mass and strength. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010;14(7),527-31.
11. Pawelec, G., Akbar, A. N., Caruso, C. Immunosenescence and aging. *Current Opinion in Immunology*. 2010; 22(4), 448–55.
12. World Health Organization (WHO). (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO. Dostupno na: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
13. Kannel, W. B., Feinleib, M., McNamara, P. M., Garrison, R. J., Castelli, W. P. The Framingham Study: Overview of research strategies and major findings. *Annals of Epidemiology*. 1990;1(2),178–85.
14. Whitmer, R. A., Gunderson, E. P., Quesenberry, C. P., Zhou, J., Yaffe, K. Obesity and type 2 diabetes in older adults: The role of the obesity paradox. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(6),832–5.
15. Mayer, F., Kader, M., Rieß, K., Zieschang, T., Becker, C., Lindemann, U. The impact of physical inactivity on mobility and health in older adults: A comprehensive review. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2009;17(3), 294–309.
16. Alzheimer's Disease International. 2019. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. London: Alzheimer's Disease International. Dostupno na: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
17. Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe. Dostupno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326568/9789289013710-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Chodzko-Zajko, W. J., I sur. Exercise and physical activity for older adults. *The Journal of Gerontology: Series A*. 2009;64(6),687-94.

19. Werner, P., Mendelsson, G., Heinik, J. Rehabilitation and long-term care for the elderly: Conceptual frameworks. *Health and Social Care in the Community*. 2012; 20(2),172-9.
20. Parker, V., Hodgkin, P., Dickinson, C. Home care nursing: Challenges in the provision of health care for older people at home. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(11-12),1681-9.
21. Stone, R. I., Harahan, M. F., Sanders, A. Improving care for older adults: A policy framework. *Journal of Aging & Social Policy*. 2015;27(1),43-58.
22. Gnjjidic, D., i sur. Polypharmacy and medication-related harm in older people: a systematic review. *Drug Safety*. 2012;35(12),1039-52.
23. Kelley, S. L., Parker, C. M., Eng, T. R., Meehan, R. A. Technologies for monitoring older adults with chronic illness: A review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2014; 40(9), 44-51.

PREHRANA I SUPLEMENTACIJA STARIJIH OSOBA U BOLNIČKIM USLOVIMA

Sažetak

Starenje stanovništva donosi brojne zdravstvene izazove, posebno u bolničkom okruženju gdje starije osobe čine veliki dio hospitalizovanih pacijenata. Malnutricija kod starijih u bolnicama je čest i ozbiljan problem koji utiče na ishode liječenja i povećava troškove zdravstvene njege. Fiziološke promjene u starenju, poput smanjenja mišićne mase i promjena u gastrointestinalnom sistemu, dodatno otežavaju adekvatan unos i apsorpciju nutrijenata. Malnutricija povećava rizik od sarkopenije, osteoporoze i kognitivnih poremećaja, što direktno utiče na funkcionalnost i mortalitet pacijenata. Procjena nutritivnog statusa treba da bude sistemska, koristeći validirane alate i antropometrijske pokazatelje. Proteinska suplementacija, enteralna i parenteralna ishrana su ključne strategije u liječenju malnutricije kod hospitalizovanih starijih osoba. Organizacija bolničke ishrane mora biti fleksibilna, uz asistiranje hranjenju i edukaciju osoblja. Dokazano je da ulaganje u nutritivnu podršku donosi višestruku finansijsku korist kroz kraći boravak u bolnici i manje komplikacija. Edukacija zdravstvenih radnika i implementacija multidisciplinarnog pristupa ključni su za prevenciju i liječenje malnutricije. Kvalitetna prehrabena njega značajno poboljšava ishod liječenja i kvalitet života starijih pacijenata.

Ključne riječi: malnutricija, sarkopenija, enteralna ishrana, nutritivna procjena, starije osobe

Abstract

Population aging brings numerous health challenges, particularly in hospital settings where older adults constitute a large proportion of hospitalized patients. Malnutrition among the elderly in hospitals is a common and serious issue that affects treatment outcomes and increases healthcare costs. Physiological changes associated with aging, such as reduced muscle mass and alterations in the gastrointestinal system, further complicate adequate intake and absorption of nutrients. Malnutrition increases the risk of sarcopenia, osteoporosis, and cognitive disorders, directly impacting patients' functionality and mortality. Nutritional status assessment should be systematic, using validated tools and anthropometric indicators. Protein supplementation, enteral, and parenteral nutrition are key strategies in treating malnutrition among hospitalized older adults. Hospital nutrition organization must be flexible, incorporating assisted feeding and staff education. It has been proven that investing in nutritional support provides significant financial benefits through shorter hospital stays and fewer complications. Education of healthcare professionals and implementation of a multidisciplinary approach are essential for the prevention and treatment of malnutrition. Quality nutritional care significantly improves treatment outcomes and the quality of life for older patients.

Keywords: malnutrition, sarcopenia, enteral nutrition, nutritional assessment, older adults

1. Uvod

1.1. Demografski trendovi i javnozdravstveni značaj

Globalno starenje populacije predstavlja jedan od najznačajnijih demografskih izazova 21. vijeka. Prema najnovijim projekcijama Ujedinjenih nacija, do 2050. godine udio osoba starijih od 60 godina u svjetskoj populaciji će se povećati sa 12% na 22%, što će predstavljati bez presedana društveni i zdravstveni izazov. Ova demografska tranzicija posebno je izražena u Evropi, gdje se očekuje da će 35% stanovništva biti starije od 60 godina, sa stopom rasta koja nadmašuje globalni prosjek. U zemljama u razvoju, poput Srbije, ove promjene su još dramatičnije zbog emigracije mladog stanovništva i pada nataliteta.

U bolničkim uslovima, stariji pacijenti predstavljaju posebno osjetljivu skupinu koja zahtijeva individualizirani pristup. Prema podacima Evropske unije, osobe starije od 65 godina čine 40-50% svih hospitalizacija, dok njihov prosječni boravak u bolnici traje 8-12 dana, što je duplo duže u odnosu na mlađe pacijente. Ovi podaci jasno ukazuju na sve veću potrebu za transformacijom zdravstvenih sistema kako bi se adekvatno odgovorilo na specifične potrebe gerijatrijske populacije, s posebnim osvrtnom na nutriceijske aspekte.

1.2. Epidemiologija malnutricije u bolničkim uslovima

Problem malnutricije kod starijih pacijenata u bolničkim uslovima doseže razmjere javnozdravstvene krize. Sistematski pregled 101 studije koja je obuhvatila 34.668 ispitanika iz 25 zemalja pokazuje alarmantne podatke o prevalenciji malnutricije:

- 28,9% starijih pacijenata je malnutrirano pri prijemu u bolnicu (prema MNA alatima)
- Stopa raste na 34,7% pri otpustu
- U specijalizovanim gerijatrijskim jedinicama prevalencija doseže 65,4%

Posebno zabrinjavajući je podatak da se kod 70-85% starijih pacijenata nutriceijski status dodatno pogoršava tokom hospitalizacije. Ovaj fenomen, poznat u literaturi kao "bolnička malnutricija", rezultat je kompleksne interakcije više faktora:

1. Povećani metabolički zahtjevi uslijed akutne bolesti, traume ili infekcije
2. Smanjeni unos hrane zbog bolesti, terapijskih efekata i neadekvatnog bolničkog okruženja
3. Organizacione prepreke u osiguravanju optimalne prehrane
4. Nedostatak edukacije zdravstvenog osoblja o specifičnim nutriceijskim potrebama starijih

1.3. Ekonomski aspekti bolničke malnutricije

Finansijski teret malnutricije u gerijatrijskoj populaciji je ogroman i predstavlja značajan faktor opterećenja zdravstvenih sistema. Najnovija istraživanja sprovedena u Evropi i SAD-u pokazuju:

- Troškovi liječenja malnutriranih pacijenata su 35-75% veći u odnosu na dobro uhranjene pacijente
- Prosječna dužina boravka je produžena za 30-70%

- Stopa reinhospitalizacija u roku od 30 dana je 2-3 puta veća
- Ukupni godišnji troškovi povezani sa malnutricijom u EU procjenjuju se na 170 milijardi eura

Ovi podaci jasno ukazuju na ekonomsku isplativost investiranja u prevenciju i liječenje malnutricije u bolničkim uslovima. Studije pokazuju da svaki euro uložen u nutricejsku podršku može donijeti uštedu od 3-5 eura u smanjenju troškova zdravstvene njege. Osim direktnih medicinskih troškova, malnutricija ima i značajne indirektno ekonomske posljedice kroz gubitak produktivnosti članova porodice koji se brinu o pacijentima i smanjenu kvalitetu života.

2. Fiziološke promjene u starenju

2.1. Metaboličke promjene

Proces starenja prati niz fizioloških promjena koje direktno utiču na nutricejske potrebe i status organizma. Ove promjene su kompleksne i uključuju:

1. Bazalni metabolizam : Postepeno smanjenje za 1-2% godišnje nakon 30. godine života, što rezultira smanjenjem energetske potrebe za 100-150 kcal po deceniji. Ovo smanjenje je posljedica redukcije mišićne mase i promjena u metaboličkoj aktivnosti organa.

2. Mišićna masa: Gubitak od 3-8% po deceniji nakon 30. godine, sa ubrzanjem nakon 60. godine (sarkopenija). Ovo dovodi do smanjenja snage i funkcionalnih sposobnosti.

3. Masno tkivo : Povećanje udjela za 20-40% u odnosu na mlade odrasle osobe, sa redistribucijom u abdominalnu regiju. Ova promjena povećava rizik od metaboličkih poremećaja.

Unatoč smanjenju bazalnog metabolizma, potrebe za određenim nutrijentima se ne smanjuju, a za neke čak rastu:

- Proteini : 1,0-1,5 g/kg/dan (u odnosu na 0,8 g/kg za mlade odrasle) zbog smanjene efikasnosti utilizacije
- Vitamin D : 800-1000 IU/dan (u odnosu na 600 IU) zbog smanjene sinteze u koži
- Vitamin B12 : Veća potreba (do 50% više) zbog smanjene apsorpcije kod osoba starijih od 60 godina

2.2. Gastrointestinalne promjene

Starenje donosi niz promjena u gastrointestinalnom sistemu koje direktno utiču na unos i apsorpciju nutrijenata:

1. Oralna šupljina:

- Kserostomija (smanjena produkcija pljuvačke) - javlja se kod 20-30% starijih osoba kao posljedica medikacija ili autoimunih procesa
- Gubitak zuba (edentulizam) - prisutan kod 30% osoba starijih od 65 godina, što otežava žvakanje

- Promjene u okusu - smanjen broj papila jezika za 40-60%, što smanjuje osjetljivost na slano i gorko

2. Želudac:

- Atrofija želuca - smanjena produkcija HCl (do 60%) i intrinzičnog faktora
- Konsekvence: smanjena apsorpcija Fe (do 30%), Ca (20%), B12 (40%)
- Usloren gastricni emptying - povećana osjetljivost na sitost

3. Crijeva:

- Smanjena površina apsorpcije (do 20%) zbog atrofije villusa
- Promjene u mikrobioti - smanjena produkcija vitamina K (30%) i B grupe
- Usporena motilitet - povećan rizik od konstipacije (2-3 puta veći)

3. Promjene u senzornim funkcijama

Starenje prati progresivno pogoršanje senzornih funkcija koje imaju direktan uticaj na prehrambene navike:

1. Olfakcija: Smanjenje za 50% kod osoba starijih od 80 godina, što smanjuje zadovoljstvo od hrane
2. Gustacija: Smanjenje broja okusnih pupoljaka za 60-70%, posebno za slano i gorko
3. Vid: Poremećaji vida (katarakta, makularna degeneracija) otežavaju prepoznavanje hrane i pripremu obroka
4. Sluh: Komunikacijske poteškoće pri naručivanju obroka (30% starijih ima značajan gubitak sluha)

Ove promjene zajedno dovode do:

- Smanjenog apetita (anoreksija starenja) - javlja se kod 15-20% starijih
- Povećanog rizika od nevoljne gubitka težine (10-15% starijih godišnje gubi >5% tjelesne težine)
- Povećane osjetljivosti na malnutriciju (3-5 puta veći rizik u odnosu na mlađe odrasle)

3. Klinički značaj malnutricije

3.1. Sarkopenija

Definicija prema EWGSOP2 (2019):

Sarkopenija je progresivni i generalizirani poremećaj skeletnih mišića karakterisan:

1. Smanjenom mišićnom masom (>2 SD ispod mladih odraslih)

2. Smanjenom mišićnom snagom (<20 kg za muškarce, <12 kg za žene)

3. Smanjenim fizičkim performansama (SPPB <8)

Epidemiologija:

- 10-20% kod osoba starijih od 60 godina
- 30-50% kod osoba starijih od 80 godina
- 70% kod hospitalizovanih starijih pacijenata

Posljedice:

- 3x veći rizik od pada i fraktura
- 2x veći rizik od hospitalizacije
- 4x veći rizik od mortaliteta
- Produženje bolničkog boravka za 40-60%

3.2. Osteoporoza

Definicija (WHO):

- T-score $\leq -2,5$ SD u odnosu na mlade odrasle

Epidemiologija:

- 50% žena starijih od 50 godina ima osteopeniju
- 20% muškaraca starijih od 60 godina ima osteoporozu
- 1,5 miliona fraktura godišnje u EU povezano sa osteoporozom

Nutricijski faktori rizika:

- Deficit vitamina D (50-80% starijih osoba)
- Nizak unos kalcijuma (<800 mg/dan kod 60% starijih)
- Visok unos proteina (kontroverzno, neke studije pokazuju protektivni efekat)

3.3. Kognitivne posljedice

Nutricijski deficiti povezani sa kognitivnim padom:

1. Vitamin B12 - povezan sa pernicioznom anemijom i neuropatijom
2. Folna kiselina - uzrok hiperhomocisteinemije (povećan rizik za 40%)
3. Omega-3 masne kiseline - smanjena neuroprotekcija

Klinički podaci:

- 40% veći rizik od demencije kod malnutriranih pacijenata
- Pобољшanje kognitivnih funkcija za 15-25% nakon 6 mjeseci nutritivne intervencije
- 30% smanjenje progresije kognitivnog pada kod pacijenata sa optimalnim unosom omega-3 MAS

4. Procjena nutritivnog statusa

4.1. Screening alati

Poređenje najčešće korištenih alata:

Alat	Osjetljivost	Specifičnost	Prednosti	Nedostaci	Vrijeme administracije
MNA	89%	82%	Kompleksan, dobra validacija	Dugotrajan	10-15 min
MUST	72%	76%	Brz, jednostavan	Manje osjetljiv	3-5 min
NRS	62%	93%	Validiran, objektivan	Zahtijeva laboratorijske testove	5-7 min

4.2. Antropometrijske metode

1. Indeks tjelesne mase (BMI):

- $<18,5 \text{ kg/m}^2$ - teška malnutricija
- $18,5\text{--}22 \text{ kg/m}^2$ - umjerena malnutricija (kod starijih)
- $>22 \text{ kg/m}^2$ - normalan status (ali ne isključuje proteinski deficit)

2. Obim nadlaktice:

- $<23 \text{ cm}$ (muškarci), $<22 \text{ cm}$ (žene) - indikator malnutricije
- Gubitak $>10\%$ u 6 mjeseci - klinički značajan

3. Gubitak tjelesne težine:

- $>5\%$ u 1 mjesecu - visok rizik
- $>10\%$ u 6 mjeseci - klinički značajan

4.3. Biohemijski markeri

1. Proteini:

- Albumin ($<35 \text{ g/L}$) - dugotrajni status
- Prealbumin ($<15 \text{ mg/dL}$) - akutne promjene
- Transferin ($<200 \text{ mg/dL}$) - osjetljiv na gvožđe

2. **Vitamini:**

- Vitamin D ($<20 \text{ ng/mL}$) - deficit
- Vitamin B12 ($<200 \text{ pg/mL}$) - deficit

3. **Elektroliti:**

- Natrijum (<135 mmol/L) - čest kod starijih
- Kalijum (<3,5 mmol/L) - rizik od aritmija
- Magnezijum (<0,7 mmol/L) - povezan sa mišićnim grčevima

5. Terapijski pristupi

5.1. Proteinska suplementacija

Preporuke za unos proteina:

Stanje pacijenta	Preporučeni unos	Komentar
-----	-----	-----
Zdravi stariji	1,0-1,2 g/kg/dan	Održavanje mišićne mase
Hospitalizovani	1,2-1,5 g/kg/dan	Prevenција katabolizma
Kritično oboljeli	2,0 g/kg/dan	Zahtijeva često praćenje

Optimalna distribucija:

- 30-40 g proteina po obroku
- 3g leucina po obroku za optimalnu stimulaciju sinteze mišićnih proteina
- Večernji unos proteina važan za noćnu sintezu

5.2. Enteralna ishrana

Indikacije:

1. Disfagija (posebno neurogena)
2. Teški gubitak težine (>10% u 6 mjeseci)
3. Preoperativna priprema (7-10 dana pre operacije)

Metode:

1. Nazogastrična sonda - kratkotrajna (do 4 nedelje)
2. PEG (perkutana endoskopska gastrostomija) - dugotrajna
3. PEJ (perkutana endoskopska jejunostomija) - kod gastropareze

Komplikacije:

- Aspiracija (5-15% slučajeva)
- Mekaničke (opstrukcija, dislokacija)
- Metaboličke (hiperglikemija, elektrolitski poremećaji)

5.3. Parenteralna ishrana

Indikacije:

1. Crijevna neprohodnost
2. Teška malapsorpcija (kratak crijevni sindrom)
3. Refraktorni proljevi

Vrste:

1. Totalna parenteralna ishrana (TPN)
2. Periferna parenteralna ishrana (PPN)

Rizici:

- Kateterske infekcije (10-30%)
- Metaboličke komplikacije (hipertrigliceridemija, hepatosteatoza)
- Atrofija crijeva (dugotrajna upotreba)

6. Organizacija bolničke ishrane

6.1. Modeli ishrane

1. Tradicionalni model:

- Fiksni obroci u određeno vrijeme
- Ograničen izbor jela
- Niska stopa potrošnje (40-50%)

2. "Jelo na zahtjev" sistem:

- Fleksibilno vrijeme obroka (7-19h)
- Širi izbor jela
- Povećana potrošnja (70-80%)

3. Asistirano hranjenje:

- Personalizirana pomoć osoblja
- Povećan unos hrane za 30-40%
- Zahtijeva dodatno osoblje (1 pomoćnik/5 pacijenata)

6.2. Edukacija osoblja

Ključne teme:

1. Prepoznavanje ranih znakova malnutricije
2. Praćenje unosa hrane (precizna dokumentacija)
3. Rana mobilizacija (sprečavanje gubitka mišićne mase)

Efekti edukacije:

- 50% bolje praćenje nutritivnog statusa
- 30% smanjenje incidencije malnutricije
- 20% skraćivanje bolničkog boravka

7. Zaključak

Optimalna prehrana i suplementacija predstavljaju ključne elemente kvalitetne gerijatrijske njege u bolničkim uslovima. Sistemski pristup koji uključuje:

1. Redoviti screening nutritivnog statusa (pri prijemu i tokom boravka)
2. Individualizirane prehrane planove (uzimajući u obzir komorbiditete)
3. Multidisciplinarni timski rad (liječari, nutricionisti, negovatelji)
4. Kontinuiranu edukaciju osoblja (redoviti treninzi)

Može značajno poboljšati ishode liječenja i kvalitet života starijih pacijenata, istovremeno smanjujući troškove zdravstvene njege.

8. Reference

1. World Health Organization. (2021). Ageing and health. Geneva: WHO
2. Cederholm, T., et al. (2019). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 38(1), 1-9
3. Volkert, D., et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10-47
4. Stratton, R. J., et al. (2004). The cost of disease-related malnutrition in the UK. *British Journal of Nutrition*, 92, 347-353
5. Morley, J. E. (2008). The anorexia of aging: physiologic and pathologic. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(3), 756-763
6. Pilgrim, A. L., et al. (2015). An overview of appetite decline in older people. *Nursing Older People*, 27(5), 29-35
7. Sura, L., et al. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298
8. Cruz-Jentoft, A. J., et al. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31
9. Holick, M. F. (2007). Vitamin D deficiency. *New England Journal of Medicine*, 357(3), 266-281
10. Kaiser, M. J., et al. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(9), 782-788
11. Jensen, G. L., et al. (2010). Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 156-159
12. Deutz, N. E., et al. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*, 33(6), 929-936
13. McClave, S. A., et al. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159-211
14. Bell, J. J., et al. (2016). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 912
15. Roberts, H. C., et al. (2011). The challenge of managing undernutrition in older people with frailty. *British Journal of Community Nursing*, 16(3), 140-144

ISPITIVANJE I ANALIZE SAVREMENIH SCINTIGRAFSKIH METODA SA OSVRTOM NA NAJKOMPLIKOVANJE DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE KOJE PROGNOZIRAJU ODNOSNO PROCJENJUJU RIZIKE BOLESTI KOD STARIJIH OSOBA

Sažetak/Izvod

Nuklearna medicina je specijalistička, relativno mlada grana medicine, koja u dijagnostičke i terapijske svrhe koristi radioaktivne spojeve. U ovom radu koristili smo gama kameru Diacam – Siemens, predzadnje generacije, sa izvanrednom uniformnosti i rezolucijom dobijene dijagnostičke slike. Dijagnostika nuklearne medicine neinvazivno pruža funkcionalne informacije na molekularnom i ćelijskom nivou koje doprinose određivanju zdravstvenog statusa. Ovi funkcionalni procesi uključuju protok krvi i metabolizam tkiva, interakcije protein-protein, ekspresiju ćelijskih receptora u normalnim i abnormalnim ćelijama, interakcije ćelija-ćelija, aktivnost neurotransmitera, ćelijski promet, invaziju tkiva i programiranu ćelijsku smrt. Pružajući informacije o ovim procesima, nuklearno medicinsko snimanje nudi širok spektar alata za ispitivanje normalnih i bolešću povezanih stanja funkcije tkiva i odgovora na liječenje. Stariji ljudi, od 60 ili 65 godina, po mnogo čemu se razlikuju od mlađih ljudi. Nuklearna medicina može igrati ulogu u dijagnostici bolesti starijih osoba i na taj način pomoći u socijalnom prilagođavanju i brizi za starije osobe. Pitanje je zašto odrasle matične ćelije imaju određenu granicu reprodukcije, budući da njihova DNK u normalnom fizičkom okruženju teoretski može živjeti mnogo duže. Starije osobe su sklone više obolijevanju, nego mladi. One su veliki dio našeg društva i tim imamo sve razloge, svaki interes i odgovornost da ovaj dio našeg društva održimo zdravim, korisnim i produktivnim. Na osnovu studijskih prikaza izvršene perfuzijske scintigrafije miokarda – mibi stres i scintigrafije paratireoidnih žlijezda, učinjenih pomoću ^{99m}Tc – sestamibi, došli smo do snimaka, koji su studiozno analizirani i uz pomoć posebnog računarskog programa obrađeni. Dobili smo potpuno uredan nalaz srčanog mišića, dok su planarni snimci vrata i medijastinuma takođe bili bez oboljenja, uz oslabljen prikaz nakupljanja radiofarmaka. Sa aspekta važnosti izvršenih scintigrafija, u domenu slikovne dijagnostike u radu je prikazan izuzetan kvalitet dobijenih snimaka. Scintigrafija paratireoidnih žlijezda je ključna u otkrivanju poremećaja paratireoidnih žlijezda, te služi i kao preoperativna metoda. Nuklearna medicina je najbrže rastuće medicinsko polje. Izuzetno je efikasna i sa malo nuspojava, omogućava pacijentima starije životne dobi produžetak i viši kvalitet života, u poređenju sa konvencionalnim tretmanima, kao što je hemoterapija. Veoma je svestrana i primenjuje se u liječenju različitih vrsta raka.

Ključne riječi: Nuklearna medicina, Radiofarmaci, Scintigrafija, SPECT/CT, Tehnecijum
Summary

¹ Evropski univerzitet Brčko distrikt, Bijeljinska 72-74, Brčko 76100, Bosna i Hercegovina, cvjetkovicjovanabc@gmail.com

² Evropski univerzitet Brčko distrikt, Bijeljinska 72-74, Brčko 76100, Bosna i Hercegovina, manjend@gmail.com

³ Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Dr Subotića 8, Beograd, Srbija manjencical@gmail.com

Nuclear medicine is a specialized, relatively young branch of medicine that uses radioactive compounds for diagnostic and therapeutic purposes. In this work, we used the Diacam - Siemens gamma camera, penultimate generation, with outstanding uniformity and resolution of the obtained diagnostic image. Nuclear medicine diagnostics non-invasively provides functional information at the molecular and cellular level that contributes to determining health status. These functional processes include blood flow and tissue metabolism, protein-protein interactions, expression of cell receptors in normal and abnormal cells, cell-cell interactions, neurotransmitter activity, cell trafficking, tissue invasion and programmed cell death. By providing information about these processes, nuclear medical imaging offers a wide range of tools for examining normal and disease-related states of tissue function and response to treatment. Older people, from 60 or 65 years of age, differ in many ways from younger people. Nuclear medicine can play a role in diagnosing diseases in the elderly and thus help in social adaptation and care for the elderly. The question is why adult stem cells have a certain reproduction limit, since their DNA in a normal physical environment can theoretically live much longer. Older people are more prone to disease than young people. They are a large part of our society and therefore we have every reason, interest and responsibility to keep this part of our society healthy, useful and productive. Based on the study results of myocardial perfusion scintigraphy - mibi stress and parathyroid gland scintigraphy, performed using ^{99m}Tc - sestamibi, we came to the images, which were carefully analyzed and processed with the help of a special computer program. We obtained a completely normal finding of the heart muscle, while the planar images of the neck and mediastinum were also free of disease, with a weakened display of radiopharmaceutical accumulation. From the aspect of the importance of the performed scintigraphy, in the domain of imaging diagnostics, the paper shows the exceptional quality of the images obtained. Parathyroid scintigraphy is essential for the detection of parathyroid gland disorders and is also used as a preoperative method. Nuclear medicine is the fastest growing medical field. It is extremely effective and has few side effects, allowing elderly patients to live longer and have a higher quality of life compared to conventional treatments such as chemotherapy. It is very versatile and is used in the treatment of various types of cancer.

Keywords: Nuclear medicine, Radiopharmaceuticals, Scintigraphy, SPECT/CT, Technetium

Uvod

Nagli razvoj prirodnih i tehničkih nauka, u ovom vijeku, omogućio je nastanak i razvoj nuklearne medicine. Za to su bili posebno važni: otkriće radioaktivnosti, proizvodnja vještačkih radioaktivnih elemenata u nuklearnom reaktoru i ciklotronu, proizvodnja radioaktivnih obilježenih spojeva (radiofarmaceutika), razvoj brojača za mjerenje radioaktivnosti i uređaja za scintigrafiju, te razvoj informatičkih metoda. Svi izotopi jednog elementa, radioaktivni i neradioaktivni, imaju gotovo jednaka hemijska svojstva. Radioaktivne supstance se u tijelu biološki ponašaju kao i neradioaktivne i kreću se istim putevima promjene supstance i cirkulacije krvi, pa s toga mogu poslužiti kao obilježivači, indikatori tih puteva i procesa. Zbog njihove radioaktivnosti možemo ih mjeriti, pratiti i tako ispitati biološke mehanizme, puteve promjene supstance ili cirkulacije. U procesima promjene supstance tijelo ne razlikuje izotope jednog elementa, a radioaktivni izotopi (radionuklidi) koji se primjenjuju u ispitivanjima, mogu se davati u tako malim količinama, da na te procese uopšte ne utiču. To važno načelo radioaktivnih obilježivača (indikatora) otkrio je i dalje razvijao Georg de Hevesy u dvadesetim i tridesetim godinama ovog vijeka. Za ta je otkrića, godine 1943. primio Nobelovu nagradu. Radiofarmaceutici su medicinski pripravci radionuklida koji se daju bolesnicima u dijagnostičke ili terapijske svrhe. Mehanizmi biodistribucije radiofarmaceutika u tijelu vrlo su različiti i zavise od hemijskih svojstava spoja u kojem je ugrađen radioaktivni izotop [1].

Sa stajališta zaštite od zračenja radiofarmaceutici su otvoreni izvori zračenja. Otvoreni izvori se transportuju u posebnoj ambalaži (bočice, olovni spremnici...), a na mjestu primjene raspodjeljuju se u pojedinačnim dozama i daju bolesnicima. Rukovanje pri raspodjeli i izlučivanju iz tijela bolesnika mogu biti uzrok kontaminacije okoline. Zatvoreni izvori su trajno spremljeni, npr. Co-60 u uređaju za tele-kobaltnu terapiju [2]. Nuklearna medicina se razvila u toku poslednjih decenija kao nova medicinska specijalnost. Definišemo je kao specijalističku granu i medicinsku djelatnost koja se koristi primjenom otvorenih radionuklida (radiofarmaceutika), znanjima o njihovoj biodistribuciji u tijelu i specijalnom brojačkom opremom za dijagnostiku, liječenje i istraživanje bolesti. Radioaktivnost koju dajemo bolesniku u dijagnostičke svrhe važna nam je za ispitivanje mehanizama biodistribucije i donošenje zaključaka važnih za dijagnozu bolesti [3,4]. Biti starija osoba nije i nikada ne smije biti apsolutna kontraindikacija za istraživanje nuklearne medicine. Zbog efikasnog zdravstvenog sistema i stalnog poboljšanja uslova života, broj starijih osoba u Evropi raste i nastaviće da raste. Prije četrdeset godina stariji nisu bili kandidati za inovativne nuklearno-dijagnostičke procedure. Danas se sama starost više ne može smatrati razlogom za uskraćivanje neophodne brige za starije. Godine su postale irelevantne u terapijskim odlukama. Razuman cilj moderne medicine bio bi održavanje visokog kvaliteta života unutar ograničenog životnog vijeka. Starenje je postepen proces, a ne bolest, a duži život prirodno je povezan s većim troškovima. Stoga se očekuje da će potražnja za medicinskim uslugama, namijenjenim starijim osobama, eksponencijalno rasti. Izbor pregleda nuklearne medicine prema mogućim budućim terapijama trebao bi biti odgovornost multidisciplinarnog tima, uzimajući u obzir stanje pacijenta i odnos između rizika i koristi. Svaki pacijent ima pravo na individualnu procjenu i liječenje, na osnovu standarda njege u medicini. Trebalo bi obezbijediti nove metodologije i smjernice, kako bi se olakšale buduće aktivnosti mjerenja, koje bi mogle identifikovati dodatna pravila i nepotrebne usluge. Zbog demografskih trendova, razumno je očekivati da će kliničari brinuti o sve većem broju starijih osoba sa izazovnim dijagnostičkim problemima [4,5]. Više od 33% pacijenata u posljednjem mjesecu života podvrgnuto je barem jednoj skupoj proceduri snimanja (PET, CT ili MRI) [4]. Proteklih godina na odjelima nuklearne medicine zabilježeno je povećanje broja istraživanja kod starijih osoba. Upotreba PET/CT se povećala za nekoliko indikacija u kliničkoj praksi, posebno kod raka i starijih osoba. Povećanje broja nuklearnomedicinskih pregleda starijih pacijenata ne može se odnositi samo na demografske promjene, već na prošireni pristup tehnologiji za pacijente starije životne dobi [5,6].

Scintigrafija / SPECT – slikovna dijagnostika

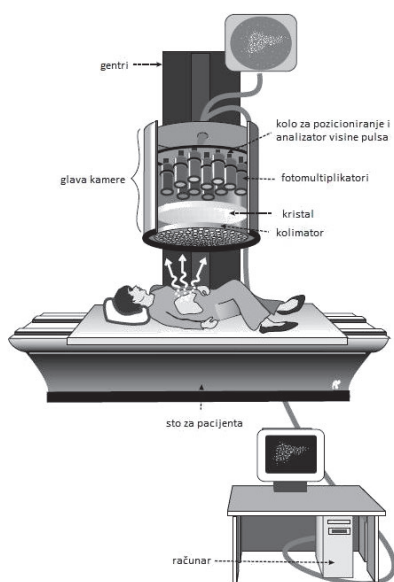
Scintigrafija je nuklearnomedicinska dijagnostička slikovna metoda za snimanje biodistribucije radiofarmaceutika u tijelu. Nakon davanja radiofarmaceutika bolesniku i nakon njegove biodistribucije, pomoću posebnih brojačkih uređaja s vanjskim mjerenjima, prati se prostorna i vremenska raspodjela radioaktivnosti u tijelu i dobija snimak organa u kojem se radiofarmaceutik nakupio. Scintigrafski snimak naziva se scintigramom. Scintigram je dvodimenzionalni prikaz raspodjele aktivnosti u organu i tijelu, a tomografskim tehnikama se može dobiti slikovni prikaz trodimenzionalnog rasporeda [7].

Gama – kamera

Nekoliko godina nakon uvođenja scintilacijskog detektora, Hal O. Anger ostvario je svoje ideje električnog pozicioniranja i fotomultiplikacije signala, te konstruisao prvu >> scintilacijsku gama

– kameru <<. Nakon što ispitanik primi radiofarmaceutik, koji se nakupio u određenom organu, organ prenosi gama zrake u svim smjerovima. Kada jedan od gama zraka, nakon prodora kroz

ispitanikova tkiva, izađe izvan njegovog tijela, prolazi kroz kanale kolimatora, te udara u pločasti kristal detektora i tu se apsorbira, tj. predaje mu svoju energiju. U kristalu natrijum jodida (koji je aktiviran talijem) to dovodi do scintilacije, do emisije svjetlosnog bljeska. Scintilacija koja je nastala u kristalu je dovoljno snažna da je registruju fotokateode svih fotomultiplikatorskih cijevi detektora, koje su obično poredane u heksagonalnu mrežu. Izlazni električni signali, fotomultiplikatora, nose informaciju o položaju ishodišta gama – zraka. Te informacije će se nakon izlaska iz pulsno – aritmetičkih elektronskih krugova pojaviti kao analogni signali. Svi signali iz fotomultiplikatora sabiraju se u zbirni z – signal i on prolazi kroz provjeru u analizatoru visine impulsa [7,8,9]. U energičnom prozoru se postiže selektovanje samo onih impulsa koji odgovaraju radionuklidu koji se koristi, dok se rasuto zračenje većim dijelom odbacuje. Cijeli taj postupak ponavlja se na stotine ili hiljade puta svake sekunde za gama – zrake, koji dolaze iz raznih dijelova organa. Slika organa na katodnoj cijevi osciloskopa sastavljena je od mnogo tačkica, koje se na ekranu mogu fotografisati. Slika se još u toku snimanja može pohraniti radi dalje obrade, **Slika 1.**



Slika 1. Šema rada gama kamere (izvor: Osnovna fizika nuklearne medicine)
Figure 1. Gamma camera operation scheme (source: Essential Nuclear Medicine Physics)

Radionuklidi i radiofarmaceutici u dijagnostici i terapiji – ^{99m}Tc

U dijagnostičkoj nuklearnoj medicini ^{99m}Tc je već decenijama neprikosnoven. Odlične fizičke osobine, visok kvalitet i laka dostupnost po prihvatljivim cijenama korišćenjem $^{99}\text{Mo}/^{99m}\text{Tc}$ generatora učinili su da ovaj radionuklid postane praktično nezamjenjiv [9,10]. Pored dijagnostike, nuklearna medicina se sve više okreće i ka terapiji. Princip primjene se zasniva na selektivnoj depoziciji doza jonizujućeg zračenja u tkivima tumora ili organa koji se tretiraju. Osnovne medicinske oblasti primjene radioaktivnih lijekova su onkologija, endokrinologija i reumatologija, a u novije vrijeme i kardiologija [11]. Poznat je niz radiofarmaceutika na bazi ^{99m}Tc . Počev od prve generacije radiofarmaceutika, relativno jednostavnog sastava, koloida i čestica kojima su praćene osnovne fiziološke funkcije organizma, došlo se već do treće, koja uključuje obilježena monoklonska antitijela, peptide i druge biološki aktivne molekulske nosače, koji učestvuju u metaboličkim i fiziološkim procesima u organizmu.

U **Tabeli 1.** dati su najvažniji radiofarmaceutici, indikacije za primjenu i preporučeni opsezi aktivnosti ^{99m}Tc (MBq ^{99m}Tc /test).

Tabela 1. Najvažniji ^{99m}Tc -radiofarmaceutici, indikacije za primjenu i preporučene aktivnosti po testu
Table 1. The most important ^{99m}Tc -radiopharmaceuticals, indications for use and recommended activities per test

Indikacija	Hemijski oblik RF ⁴	Max.akt/test (MBq)
Scintigrafija mozga (SPECT)	DTPA, glukonat, glukohexonat	500
Scintigrafija tiroidee	Pertehtet	200
Scintigrafija miokarda (SPECT)	MIBI, tetrofosmin	300
Scintigrafija pluća (SPECT)	MAA makroagregat	200
Scintigrafija jetre (SPECT)	Koloid	200
Renalna scintigrafija (statička)	DMSA	160
Scintigrafija kostiju (SPECT)	PiP, MDP, DPD	800
Scintigrafija tumora	DMSA	400

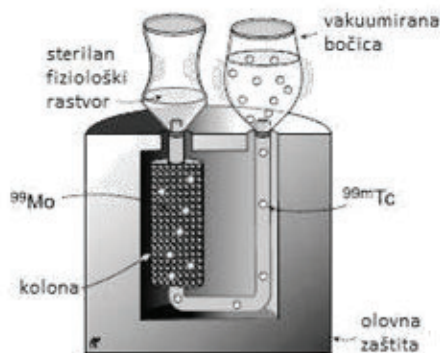
Metod rada

U ovom radu koristili smo uređaj gama kameru DIACAM – Siemens kameru predzadnje generacije sa veoma dobrim karakteristikama, u smislu izvanredne uniformnosti i rezolucije dobijene dijagnostičke slike. Posjeduje veoma moderan softver program za rekonstrukciju i obradu dobijenih podataka na gama kameri. Time je osposobljena za dobijanje snimaka u susret najkompliciranijim dijagnostičkim procedurama iz nuklearne medicine, isto tako i zahtjevima ljekara specijalista kojima su neophodne ove informacije.

Distribucija radiofarmaceutika – ^{99m}Tc

Tehnecijum-99m se dobija eluiranjem $^{99}\text{Mo}/^{99m}\text{Tc}$ generatora (Vinčin generator) u vrućoj sobi, fiziološkim rastvorom, 0,9% NaCl. U eluatu ^{99m}Tc se nalazi u obliku natrijumpertehteta ($\text{Na}^{99m}\text{TcO}_4$) i ima valencu +7. Ima konfiguraciju piramidalnog tetraedra sa Tc^{7+} smještenim u centru i 4 kiseonikova atoma na vrhu i uglovima piramide. Hemijski, $[\text{}^{99m}\text{Tc}]\text{NaTcO}_4$ je nereaktivan i ne obilježava niti jedan spoj direktnim dodavanjem. Za obilježavanje spojeva s $[\text{}^{99m}\text{Tc}]\text{TeO}_4$, potrebna je redukcija ^{99m}Tc iz oksidacijskog stanja +7 u niže oksidacijsko stanje. U tu svrhu se koriste razna redukcijska sredstva poput kositrenog hlorida, kositreni citrat, kositreni tartarat, koncentrirani HCl, natrijev borohidrat, ditionit, željezni sulfat. Najčešće korišteno redukcijsko sredstvo u većini priprema ^{99m}Tc -obilježenih spojeva je upravo kositreni hlorid. To je najstabilniji oblik ovog nuklida [11]. Generator $^{99}\text{Mo}/^{99m}\text{Tc}$ se zasniva na principu radioaktivnog raspada dugoživećeg roditelja – ^{99}Mo i nastajanju kratkoživećeg potomka – ^{99m}Tc , sa vremena poluraspada od 6,02 sata, **Slika 2.** Generator je projektovan tako da: bude bezbjedan i jednostavan za rukovanje i transport, da proizvodi ^{99m}Tc velike radiohemijske i radionuklidne čistoće, da ima mogućnost za što veći broj eluiranja uz dobru reproduktivnost, kao i da bude sterilan i nezapaljiv. Primjenom generatora rješava se problem vezan za transport i isporuku kratkoživećih radionuklida [11,12,13].

⁴ RF- radiofarmaceutik, SPECT- single photon emission computed tomography; DTPA - dietilentriaminpentasilirčna kiselina, MIBI – metoksi - izobutil - izonitrit, MAA - humani serum albumin agregat, DMSA - dimerkaptoćilbarna kiselina, PiP - pirofosfat; MDP- metilendifosfonat; DPDdikarboksipropandifosfonat



Slika 2. $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ generator (izvor: Osnovna fizika nuklearne medicine)
Figure 2. $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ generator (source: Essential Nuclear Medicine Physics)

Rezultati i diskusija

Na osnovu izvršenih scintigrafskih snimanja miokarda i paratireoidnih žlijezda, u nastavku rada će biti definisane scintigrafske metode, sa osvrtom na pripremu pacijenta i postupak snimanja, uz interpretaciju priloženih snimaka.

Perfuzijska scintigrafija miokarda – MIBI STRES

Perfuzijska scintigrafija miokarda je neinvazivni dijagnostički postupak koji se temelji na slikovnom prikazu raspodjele nakupljanja radiofarmaceutika u miokardu lijevog ventrikula. Danas se najčešće koriste: sestamibi (metoksi-izobutil-izonitril, MIBI) i tetrofosmin, obilježeni radioizotopom tehnecijuma - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ($^{99\text{m}}\text{Tc}$ MIBI i $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - tetrofosmin) [14].

Priprema pacijenta

Prije pretrage pacijent ne smije piti napitke s kofeinom. Preporučuje se, takođe, da oko 3 sata prije testa ne jede, ali smije piti vodu. Prekinuti uzimanje lijekova iz grupe beta-blokatora, 24 – 28 sati prije snimanja. Upozoriti ukoliko misli da ne može voziti bicikl (farmakološki test opterećenja) i ukoliko je drugom stanju. Poželjno je da sa pacijentom u pratnji nisu trudnice i djeca. Potrebno je da priloži medicinsku dokumentaciju, sa obaveznim nalazom specijaliste kardiologa.

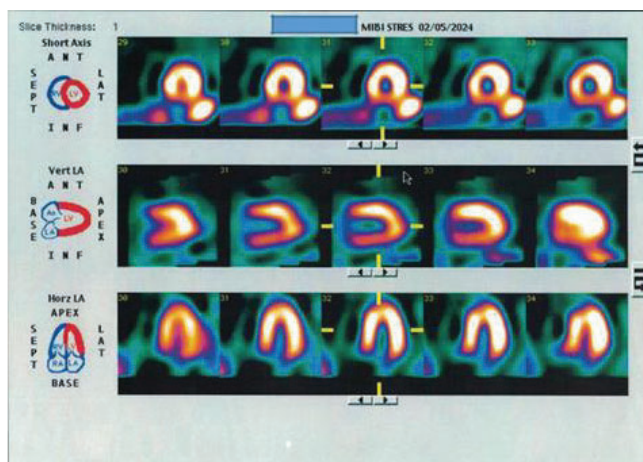
Postupak snimanja

Farmakološki test opterećenja izvodi se bicikl ergometrom, primjenom lijeka adenzina. Adenzin inhibira mnoge fiziološke procese djelovanjem na svoje receptore. U nuklearnoj kardiologiji adenzin koristi se kao vazodilatator, jer povećava protok krvi kroz srčani mišić 4 do 5 puta kod prohodnih, zdravih krvnih žila, te u nešto manjoj mjeri u stenoziranim krvnim žilama [15].

Interpretacija snimaka

Na osnovu studijskih prikaza, dobijene snimke perfuzijske scintigrafije miokarda – MIBI STRES, prosljedili smo dr. sci medicine, koji ih obrađuje, te određuje da li je potrebno snimanje u mirovanju (MIBI REST), na temelju izgleda dobijene trodimenzionalne slike, po

tri ravni (SPECT). Dobili smo prikaz potpuno zdravog srčanog mišića, što će se na osnovu snimka moći i da zaključi, **Slika 3**.



Slika 3. SPECT perfuzijska scintigrafija miokarda (MIBI STRESS); učinjena pomoću ^{99m}Tc – MIBI, uredan nalaz (izvor: Specijalistička ordinacija za nuklearnu medicinu, Ordinacija “dr Baškot”)

Figure 3. SPECT perfusion scintigraphy of the myocardium (MIBI STRESS); done with ^{99m}Tc – MIBI, normal results (source: Specialist practice for nuclear medicine, Practice "dr Baškot")

Scintigrafija paratireoidnih žlijezda

Scintigrafija paratireoidnih žlijezda je nuklearno - dijagnostička medicinska, slikovna metoda kojom pomoću određenih radiofarmaceutika prikazujemo hiperfunkcionalno tkivo paratireoidnih žlijezda: adenom, hiperplazija ili karcinom. S obzirom na činjenicu da su tumorske i hiperplastične ćelije metabolički puno aktivnije od normalnih, zdravih ćelija, one će nakupiti puno više ^{99m}Tc MIBI-a i prikaza će se scintigrafski kao „vruće“ zone [16].

Priprema pacijenta

Pacijent treba da uzima sve lijekove koje inače uzima, da se obuča udobno, sa što manje nakita, naročito oko vrata. Potrebno je da ponese medicinsku dokumentaciju i obavezno nalaz specijaliste, koji preporučuje scintigrafiju paratireoidnih žlijezda. Upozoriti ukoliko je u drugom stanju!

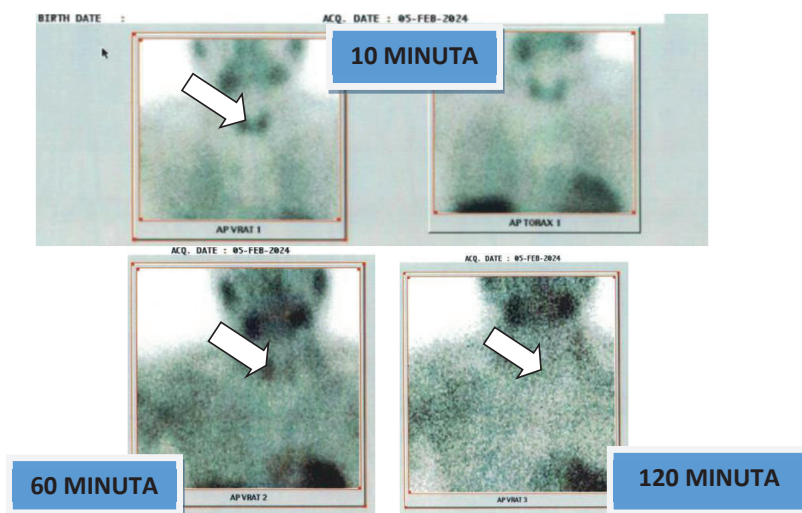
Postupak snimanja

Snimanje se izvodi korištenjem gama - kamere velikog vidnog polja, s kolimatorom niske energije i visoke rezolucije (eng. low energy, high resolution-LEHR). U vidno polje trebaju biti uključeni čitav vrat i mediјastinum, za slučaj ektopičnih lezija.

Interpretacija snimaka

Prikaz studije, odnosno snimaka koje smo prikazali u interpretaciji ukazuju na urednost nalaza scintigrafije paratireoidnih žlijezda, uz oslabljen prikaz nakupljanja radiofarmaceutika,

Slika 4.



Slika 4. Planarni snimci vrata i medijastinuma 10, 60 i 120 minuta po aplikaciji ^{99m}Tc MIBI-ja (izvor: Specijalistička ordinacija za nuklearnu medicinu, Ordinacija “dr Baškot”, Beograd)

Figure 4. Planar images of the neck and mediastinum 10, 60 and 120 minutes after the application of ^{99m}Tc MIBI (source: Specialist practice for nuclear medicine, Dr. Baškot practice, Belgrade)

Scintigrafija skeleta

Scintigrafija skeleta je neinvazivan i bezbolan nuklearno medicinski dijagnostički postupak, koji se provodi injiciranjem radiofarmaceutika, po hemijskom sastavu difosfonata. Ovu slikovnu tehniku karakteriše visoka osjetljivost, jer se promjene u skeletu mogu otkriti već u ranoj fazi bolesti ili povrede (traume), čim se metabolička aktivnost pojača, ali je specifičnost pretrage relativno niska. [17].

Priprema pacijenta

Prije snimanja važno je procijeniti fizičko stanje pacijenta i prisutnost simptoma (npr. bol, nepokretnost) što bi moglo uticati na kvalitet pretrage. Pretraga je kontraindikovana u slučaju trudnoće, a dojilje trebaju prekinuti dojenje na 24 sata [17,18].

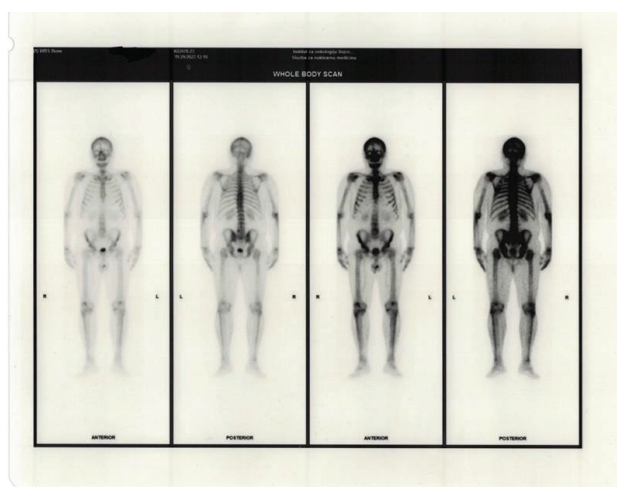
Postupak snimanja

Snimanje standardne planarne scintigrafije skeleta se provodi gama kamerom s dva detektora opremljenim niskoenergetskim kolimatorima visoke rezolucije, 3 – 6 sati nakon aplikacije radiofarmaceutika. Ukoliko postoji sumnja na upalni proces, snima se tzv. troetapna scintigrafija.

Interpretacija snimaka

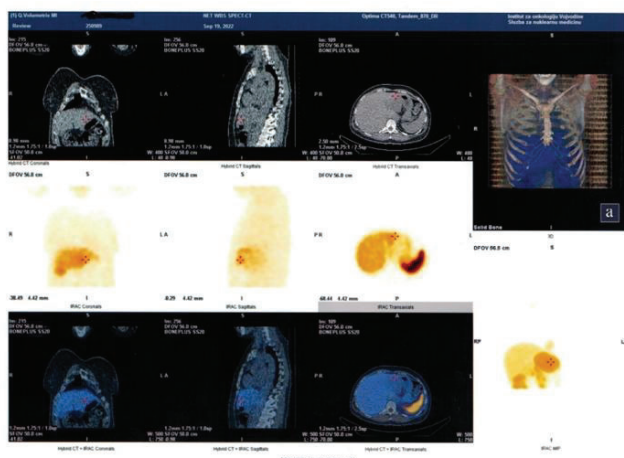
Uredan nalaz scintigrafije skeleta podrazumijeva homogenu raspodjelu radiofarmaceutika u koštanom tkivu, te prikaz bubrega i mokraćnog mjehura zbog izlučivanja iz tijela

(Slika 5). S toga je pretraga vrlo osjetljiva, ali slabije specifična. Prikazan je uredan nalaz scintigrafije skeleta u standardnim projekcijama: anteriorna i posteriorna, bez jasnih zona pojačane akumulacije radiofarmaceutika u pojedinim dijelovima tijela.



Slika 5.. Scintigrafija skeleta (izvor: [Institut za onkologiju Vojvodine](#))
Figure 5. Skeletal scintigraphy (source: Institute of Oncology of Vojvodina)

Patološka akumulacija je vidljiva kod bilo kojeg procesa koji pojačava metaboličku aktivnost što potvrđuje **slika 6**.



Slika 6.. Hibridna jednofotonska emisiona tomografija/kompjuterizovana tomografija (SPECT/CT) somatostatinskih receptora u dijagnostici neuroendokrinih tumora; lezije jetre pokazuju izraženu metaboličku aktivnost (izvor: [Institut za onkologiju Vojvodine](#))

Figure 6. Hybrid single-photon emission tomography/computed tomography (SPECT/CT) of somatostatin receptors in the diagnosis of neuroendocrine tumors; liver lesions show pronounced metabolic activity (source: Institute of Oncology of Vojvodina)

Zaključak

Tehnecijum - 99m je radionuklid od izbora za primjenu u nuklearnoj medicini, dok je ^{99m}Tc – MIBI, njegov radiofarmaceutik, neprikosnoven u nuklearnoj medicini. U ovom radu predstavljene su imidžing dijagnostičke metode perfuzijske scintigrafije miokarda, scintigrafije paratireoidnih žlijezda, scintigrafije skeleta, uz posmatranje distribucije aplikovanog radiofarmaceutika pacijentu, kao i hibridne jednofotonske emisijne tomografija/kompjuterizovana tomografija (SPECT/CT) somatostatinskih receptora, gdje su lezije jetre pokazale izraženu metaboličku aktivnost. Interpretirali smo dobijene snimke SPECT-a miokarda, uz fiziološki, potpuno normalan nalaz, sa očuvanim i zdravim srčanim mišićem, dok su studije snimaka scintigrafije paratireoidnih žlijezda bile bez znakova oboljenja, uz oslabljen prikaz nakupljanja radiofarmaceutika. Prikazan je uredan nalaz scintigrafije skeleta u standardnim projekcijama. Na scintigrafiji skeleta se ne uočavaju jasne zone pojačane akumulacije radiofarmaceutika, koje bi ukazivale na postojanje osteoblastnih sekundarnih depozita. Radiofarmaceutik se nehomogeno i dijelom pojačano akumulira u ramenima i kukovima i duž lumbalne kičme-scintigrafski po tipu promjena degenerativne etiologije. Ova se pretraga najčešće izvodi kod sumnje na metastatsko širenje malignog tumora u skelet (karcinom dojke, prostate, pluća.), primarnih koštanih tumora, sumnje na osteomijelitis ili septički artritis, te sistemskih bolesti, koje izazivaju promjene na kostima. Indikacije su i hronične upalne bolesti; hronični upalni artritis, osteoartritis i osteonekroze. Postoje i druge indikacije za scintigrafiju skeleta povezane s ortopedskim bolestima ili traumatološkim stanjima kod odraslih i djece. Za scintigrafiju skeleta koriste se difosfonati i polifosfati obilježeni radionuklidom tehnecijem-99m (^{99m}Tc), koji se najčešće koristi u konvencionalnoj nuklearnoj medicini zbog kratkog vremena poluraspada od 6 sati i energije gama zraka koja je povoljna za snimanje gama kamerom. Od otkrića radiaktivnosti, nuklearna medicina je putovala dugim putem revolucionarnih otkrića kojem još nije došao kraj. Ono što se danas sa sigurnošću može reći, jeste da je nuklearna medicina najnapredniji i nenadmašiv novi saveznik u postavljanju rane dijagnoze. Izbor pregleda nuklearne medicine prema mogućim budućim terapijama trebao bi biti odgovornost multidisciplinarnih odbora, uzimajući u obzir stanje pacijenta i odnos između rizika i koristi. Svaki pacijent ima pravo na individualnu procjenu i liječenje, na osnovu standarda nege u medicini. Trebalo bi obezbijediti nove metodologije i smjernice kako bi se olakšale buduće aktivnosti mjerenja koje bi mogle identificirati dodatna pravila i nepotrebne usluge. Skeniranje kostiju, u okruženju preloma kompresije pršljenova u starijoj populaciji, dodaje vredne informacije o starosti preloma, može otkriti okultne frakture i kasnije može uticati na upravljanje pacijentom. Trebalo bi uzeti u obzir idealno vreme za skeniranje, jer u nekim slučajevima kod akutnih preloma do šest dana nakon traume nije dokazano povećanje apsorpcije ili samo upijanje niskog intenziteta.

Literatura:

1. Hennig K., Woller P., Franke WG., Nuklear – medizin – kurz und bündig, Jena, G Fischer V.; 1991.
2. Manual on Early Medical Treatment of Possible Radiation Injury, Safety Series No. 47. Vienna, International Atomic Energy Agency, 1987.
3. Dinan MA, Curtis LH, Carpenter WR, Biddle AK, Abernethy AP, Patz EF, et al. Variations in use of PET among Medicare beneficiaries with non-small cell lung cancer, 1998–2007. *Radiology*. 2013;267(3):807–17.
4. Hu Y, Kwok AC, Jiang W, Taback N, Loggers ET, Ting GV, et al. High-cost imaging in elderly patients with stage IV cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104:1164–72.
5. Morley JE. Frailty: diagnosis and management. *Journal on Nutrition, Health & Aging*. 2011;15(8):667–70.
6. Hu Y., Kwok AC., Jiang W., Taback N., Loggers ET., Ting GV., et al. High-cost imaging in elderly patients with stage IV cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104:1164–72.
7. Gottschalk A., Hoffer PB., Potchen EJ, Berger HJ. *Diagnostic Nuclear Medicine*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
8. Murray IPC., Ell PJ., ur.: *Nuclear medicine in clinical diagnosis and treatment*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995.
9. Gelfand MJ., Thomas SR., ur.: *Effective use of computers in nuclear medicine*, New York: McGraw-Hill Book Co, 1988.
10. Vučina J., „Radionuklidni generator molibden- 99/tehnecijum-99m: Status i perspektive, u: Tehnecijum-99m generator na bazi molibdena-99 visoke specifične radioaktivnosti, Proizvodnja, kontrola i vidovi primene, ur. Vučina J., Institut za nuklearne nauke «Vinča», Beograd, str.23-50, 2003.
11. Djokić D., Tehnecijum u radiofarmaciji, u: Tehnecijum-99m generator na bazi molibdena-99 visoke specifične radioaktivnosti, Proizvodnja, kontrola i vidovi primene, ur. Vučina J., Institut za nuklearne nauke «Vinča», Beograd, str.85-116, 2003.
12. Vučina J., Han R., Primena radionuklida u terapiji, *Medicinski pregled*, 2001, LIV 245-250.
13. Teofilovski Č., Vučina J., Vuksanović Lj., Proizvodnja radionuklida, u Pola veka Instituta Vinča (1948-1998), ur. B. Perović-Nešković, Institut za nuklearne nauke «Vinča», Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, str.164-168, 2000.
14. Lyons KP., Ur.: *Cardiovascular nuclear medicine*, Norwalk: Appelton & Lange, 1988.
15. Pennell DJ., Underwood R., Costa DC., Ell PJ.: *Thallium myocardial perfusion tomography in clinical cardiology*, London: Springer V., 1992.

16. Basarab RM., The evolving role of parathyroid scintigraphy, Editorial, Clin Nucl med, 1990; 14: 58.
17. Koppula BR, Morton KA, Al-Dulaimi R, Fine GC, Damme NM, Brown RKJ: SPECT/CT in the Evaluation of Suspected Skeletal Pathology Tomography. 2021. doi: 10.3390/tomography7040050.
18. Zhao, Y.; Zhang, T.; Tang, P. Diagnostic value of SPECT/CT bone imaging in fresh osteoporotic vertebral compression fractures. Hell. J. Nucl. Med. 2022, 25, 138–142.

POVEZANOST TJELESNE AKTIVNOSTI I DEPRESIVNOG RASPOLOŽENJA U GERIJATRIJSKOJ POPULACIJI DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE BELI MANASTIR

Sažetak

Cilj istraživanja: Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost tjelesne aktivnosti i depresivnog raspoloženja u gerijatrijskoj populaciji Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir.

Nacrt studije: Provedeno istraživanje po vrsti odgovara presječnom istraživanju jer ima za cilj raščlaniti trenutno stanje u populaciji i podaci se prikupljaju u jednoj vremenskoj točki..

Ispitanici i metode: Ispitanici u ovom istraživanju korisnici su „Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir. U uzorak su ušli svi korisnici koji su bili „pri ruci“, odnosno svi koji su na dan istraživanja bili prisutni u domu te su imali želju sudjelovati pa je uzorak neprobabilistički prigodni. Povezanost tjelesne aktivnosti i depresije statistički je analizirana pomoću Mann-Whitney U testa.

Rezultati: Prosječna dob ispitanika iznosi 81,2 godine, a u prosjeku imaju 1,9 djece. Od svih ispitanika, 72,4 % su žene, a 27,6 % muškarci. 83,8 % ispitanika udovci su ili udovice, a najčešće zanimanje je domaćica (36,2 %). Od ukupno 105 ispitanika, njih 58 ili 55,2 % je depresivno, a 60 % ili njih 63 od ukupno 105 tjelesno su neaktivni. Kada se promatra samo 58 depresivnih korisnika, 66,7 % njih nije tjelesno aktivno. Dok, kada se analizira 63 neaktivnih korisnika, njih 61,9 % je depresivno.

Zaključak: Analizom rezultata istraživanja može se naslutiti trenutačna povezanost između depresije i tjelesne aktivnosti kod korisnika, ali se statističkim testom ne postiže dovoljna razina značajnosti da bi se to moglo za sigurnošću tvrditi. Depresija i tjelesna neaktivnost na visokoj su razini, a nije potvrđena povezanost depresije niti s varijablama spola, broja djece i bračnog statusa.

Ključne riječi: depresija; gerijatrija; Gerijatrijska skala depresije; tjelesna aktivnost

¹ Centar za pružanje usluga u zajednici 'JA kao i TI' Osijek, Ul. Martina Divalta 2, 31000 Osijek, Republika Hrvatska

² Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ul. Cara Hadrijana 10, 31000 Osijek, Republika Hrvatska

Abstract

Objectives: Main objective of this research was to verify whether there is any connection between physical activity and depression in elderly residents of the nursing home 'Dom za starije i nemoćne osobe Beli Manastir'.

Study Design: This research is conducted as cross-sectional because the objective is to verify the current state of the elderly population.

Participants and methods: The residents of the nursing home 'Dom za starije i nemoćne osobe Beli Manastir' participated in this research. Upon filling in the Geriatric Depression Scale (GDS), respondents are divided into physical active or inactive and those who do or do not suffer from depression. The sample comprised of all the respondents who were in DSNOBM on research day, and were willing to participate. The relationship between physical activity and depression is verified using the statistical method named Mann-Whitney U test.

Results: The average age of the respondents is 82.2 years, and they have 1.9 children in average. 72.4% participants are women and 27.6% are men. 83.8% of all the respondents are widows or widowers. The most common occupations are housewife (36.2%) and manual worker (30.5%). Out of 105 respondents, 58 or 55.2% suffer from depression, and 60% or 63 out of 105 are physically inactive. When only 58 respondents suffering from depression are observed, 66.7% of them are physically inactive, whereas when 63 inactive respondents are analyzed, 61.9% of them suffer from depression.

Conclusion: Upon analyzing the findings of this research, signs of connection between physical activity and depression among the respondents can be noticed. Nevertheless, when this research was conducted, against the backdrop of the COVID-19 pandemic, the statistical test did not achieve a sufficient significance level. That is why the relationship between the two observed variables cannot be claimed with certainty. There was a high incidence of depression and physical inactivity among the respondents. Moreover, no connection was determined between depression and gender, number of children and marital status.

Key words: depression; geriatrics; Geriatric scale of depression; physical activity

Uvod

Starenje se danas najčešće definira kao proces prilikom kojega dolazi do promjene čovjeka u dobnoj funkciji, taj proces je stalan i progresivan, a označava ga smanjenje strukture i funkcije organa te organskih sustava. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), dobni kriteriji određuju dob od navršених 65 godina kao granicu nakon koje osoba pripada gerijatrijskoj populaciji. Starenje kao proces u svojoj osnovi možemo podijeliti na biološko, psihološko i socijalno (1).

Psihološko starenje karakteriziraju promjene psihičkih funkcija i prilagođavanje ličnosti na proces starenja. Depresivni poremećaji predstavljaju najčešći psihogerijatrijski problem u staračkoj dobi s učestalošću od 12,3 % od svih mentalnih poremećaja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-IV)(2). Depresija označava širok spektar psihičkih tegoba uzrokovanih poremećajem raspoloženja, no depresija pripadnika gerijatrijske populacije ima svoje specifičnosti (2). Najčešće specifičnosti depresivnog raspoloženja pripadnika gerijatrijske populacije predstavljaju hipohondrija, manje žaljenja na neraspoloženje, a više žaljenja na bolove, subjektivnu zaboravljivost, pridruženu anksioznost, kognitivna oštećenja te apatiju i slabu motivaciju (3).

Osobe smještene u domovima za starije i nemoćne tipična su podskupina gerijatrijske populacije koja je sklona razvoju nekog oblika depresivnog poremećaja. Bilo koji oblik odvajanja od sredine na koju je osoba starije životne dobi navikla, među kojima je i smještaj u staračkom domu, pogoduje razvoju depresije kod tih osoba. Smještaj u domu za starije i nemoćne osobe često stvara korisnicima doma osjećaj smanjene socijalne podrške, koja pripada jednoj od tri već spomenute kategorije zaštitnih faktora za razvoj depresivnih poremećaja. Depresiju osoba te dobi često mogu uzrokovati i oboljenja (vlastita oboljenja/oboljenja bližnjih), financijski gubici ili sukobi s članovima obitelji (4).

Domovi za starije i nemoćne osobe predstavljaju ustanove koje pružaju skrb starijim i nemoćnim osobama koje nisu unutar vlastite obitelji, a u sklopu stalnog smještaja osiguravaju skrb koja u cijelosti obuhvaća stanovanje, prehrambene potrebe, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, proces njege, radnu aktivnost te upotrebu slobodnog vremena (5). Upravo je takav starački dom i Dom za starije i nemoćne osobe Beli Manastir (DSNOBM). Osnovan je i otvoren za korisnike 3. 5. 1987., a kapacitet smještaja ovog staračkog doma iznosi 180 mjesta. Na dan provođenja istraživanja DSNOBM imao je 169 korisnika, a preostali kapacitet odnosi se na sobe za izolaciju. Tjelesnu aktivnost korisnici DSNOBM mogu prakticirati kroz šetnju po dvorištu doma, hodanje po pokretnoj traci, vožnju sobnog bicikla, sobnu gimnastiku i ostale oblike tjelovježbe u dvorani za vježbanje i fizioterapiju. Zbog svega navedenog važno je provjeriti utječe li doista tjelesna aktivnost na pojavu depresije kod gerijatrijske populacije.

Ciljevi

Opći cilj ovog istraživačkog rada je :

- ispitati postoji li povezanost između tjelesne aktivnosti i depresije u gerijatrijskoj populaciji

Specifični ciljevi ovog istraživačkog rada su:

- ispitati jedne od vodećih javnozdravstvenih problema današnjice, to jest manjak tjelesne aktivnosti i depresivno raspoloženje, odnosno ispitati svako od tih svojstava zasebno te

vidjeti u kojoj su mjeri navedena svojstva zastupljena u populaciji Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir.

- ispitati povezanost između pojavnosti depresije kod ispitanika s njihovim pojedinim sociodemografskim obilježjima (spol, zanimanje, broj djece).

Ispitanici i metode

Ustroj studije

Istraživanje provedeno u svrhu izrade ovog rada odgovara presječnom istraživanju jer ima za cilj raščlaniti trenutno stanje u populaciji i podaci se prikupljaju u jednoj vremenskoj točki.

Ispitanici

Ispitanike ovog istraživanja korisnici su Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir. Ispitanici su anketnim upitnikom raspodijeljeni na dva zavisna uzorka između kojih se ocjenjivala razlika dihotomnog svojstva (tjelesno aktivni/tjelesno neaktivni i depresivno raspoloženi/bez depresivnog raspoloženja). S obzirom na to da su u uzorak ušli svi korisnici koji su bili „pri ruci“ i da su anketni materijal popunjavali svi oni korisnici staračkog doma koji su na dan istraživanja bili prisutni u domu te su imali želju sudjelovati u istraživanju, uzorak je neprobabilistički prigodni. Ispitanici su pristali na sudjelovanje u istraživanju potpisivanjem informiranog pristanka koji sadrži opis o postupku i svrsi istraživanja.

Metode

Varijable koje se analiziraju u ovom istraživanju su bavljenje tjelesnom aktivnošću te depresivno raspoloženje. I bavljenje tjelesnom aktivnošću i depresivno raspoloženje mogu se svrstati u dihotomne varijable jer je vrijednost bavljenja tjelesnom aktivnošću, a i depresivnog raspoloženja određena pripadanjem jednoj od samo dvije moguće skupine (tjelesno aktivni/tjelesno neaktivni i depresivno raspoloženi/bez depresivnog raspoloženja).

Podaci su prikupljeni pomoću općeg sociodemografskog upitnika i standardizirane ankete za procjenu depresije koja predstavlja i temeljni postupak rada. Općim upitnikom prikupljeni su podaci o sociodemografskim obilježjima ispitanika. Sociodemografska obilježja odnose se na podatke o dobi, spolu, zanimanju, bračnom statusu i broju djece, a detaljan i originalan prikaz općeg upitnika biti će prikazan u Prilogu 1.

Temeljni postupak rada odnosno mjerenja u ovome istraživanju predstavlja anketni upitnik pod nazivom Gerijatrijska skala depresije (*The Geriatric Depression Scale - GDS*) Gerijatrijska skala depresije (GDS) skala je samoprocjene namijenjena za mjerenje simptoma depresije kod starijih osoba te se uglavnom upotrebljava za istraživanja. Gerijatrijska skala depresije sastavljena je od 30 pitanja na koje su mogući odgovori da/ne, svako pitanje održava različite simptome koji se dovode u vezu s depresijom. Simptomi se uglavnom povezuju s manjkom motivacije, lošim raspoloženjem, kognitivnim poteškoćama, orijentiranošću prema prošlosti umjesto prema budućnosti, opsesivnim karakteristikama i uznemirenošću. Vrijeme koje je potrebno za popunjavanje GDS iznosi otprilike 45 minuta. Dokazano je kako Gerijatrijska skala depresije predstavlja stabilnu mjeru depresije i manifestacije depresivnih simptoma u

razdoblju hospitalizacije, ali važno je za napomenuti da akutna zdravstvena stanja imaju slabiji utjecaj na nju (6,7). Za istraživanje u svrhu ovog rada korišten je skraćeni oblik Gerijatrijske skale depresije (GDS) koji se sastoji od 15 pitanja, samim time niti jedan korisnik staračkog doma uključen u ovo istraživanje nema dijagnozu demencije. Skraćeni oblik je verificiran i dostupan je uz slobodni pristup na stranici Zavoda za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske s koje je i preuzet i korišten u svrhu izrade ovog rada. Dodatno će uz skraćeni oblik Gerijatrijske skale depresije biti postavljeno pitanje o tjelesnoj aktivnosti osoba na koje će korisnici doma odgovoriti s da ili ne.

Statističke metode

S obzirom na to da objema dihotomnim varijablama korištenim u istraživanju čija je vrijednost određena pripadanjem jednoj od samo dvije moguće skupine, to jest i tjelesnoj aktivnosti (tjelesno aktivni/tjelesno neaktivni) i depresivnom raspoloženju (depresivno raspoloženi/osobe bez depresivnog raspoloženja, pridružujemo samo pripadnost skupini ili kategoriji (da/ne), obje varijable mjerene su nominalnom ljestvicom.

Podaci prikupljeni anonimnim anketnim upitnikom analizirani su i statistički obrađeni pomoću Mann-Whitney U testa. Uvjeti korištenja ovog neparametrijskog statističkog testa, odnosno Mann-Whitney U testa u ovom istraživanju su negativni rezultati testiranja normalnosti svih varijabli kod kojih se ispitivala povezanost ($P < 0,001$) te međusoban odnos varijabli kod kojih se ispitivala povezanost, a koji je bio nezavisan. Normalnost distribucije dokazana je samo za varijablu dobi, za koju vrijedi da je $P = 0,03$. Normalnost distribucije za sve varijable testirana je u statističkom programskom paketu MedCalc (inačica 19.3, Microsoft, Washington, SAD) pomoću D'Agostino-Pearson testa za normalnu distribuciju. Prilikom ocjene značajnosti rezultata koji su dobiveni, koristila se razina značajnosti (α) u iznosu od 0,05, to jest 5 %. Vjerojatnost za izračunatu vrijednost testa statistike (P) izračunata je također uz pomoć MedCalca. Za unos i tablični prikaz podataka korišten je Microsoft Excel 2010 (inačica v14.0, Microsoft, Washington, SAD), a nakon toga ti podaci otvoreni su te statistički obrađeni i analizirani u MedCalcu.

Rezultati

Od ukupno podijeljenih 105 informiranih pristanaka, općih upitnika o sociodemografskim obilježjima i anonimnih anketnih upitnika (GDS), navedene materijale ispravno i valjano popunilo je svih 105 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir. Rezultati općeg upitnika o sociodemografskim obilježjima ispitanika ukazuju da je prosječna dob anketiranih korisnika 81,2 godine, naravno uz uvjet da svaki ispitanik ima navršenih minimalno 65 godina. Od ukupno 105 ispitanika, njih 76 ili 72,4 % čine pripadnice ženskog spola dok je muškaraca znatno manje, 29 ili 27,6 %. Ispitanici u prosjeku imaju 1,9 djece, a analiza ispitanika prema bračnom statusu pokazuje da je najveći broj udovica ili udovaca, odnosno njih 88 ili 83,8 %, 8 ispitanika ili 7,6 % je razvedeno, njih 5 ili 4,8 % je udano ili oženjeno, dok je samaca 4 ili 3,8 %. Podjela ispitanika po zanimanju prikazana je u Tablici 1, a najviše ispitanika po zanimanju su domaćice, odnosno njih 38 ili 36,2 % te fizički radnici ili radnice kojih je 32 ili 30,5 %.

Tablica 1 - Podjela ispitanika po zanimanju

ZANIMANJE	BROJ ISPITANIKA
Domaćice	38 (36,2 %)
Fizički radnici/radnice	32 (30,5 %)
Službenici/službenice u firmi	15 (14,3 %)
Trgovac	5 (4,8 %)
Vozači	4 (3,8 %)
Učitelj/učiteljica	3 (2,9 %)
Kuhar/kuharica	2 (1,9 %)
Konobar/ Konobarica	2 (1,9 %)
Mesar	2 (1,9 %)
Defektolog	1 (0,9 %)
Viši stručni suradnik	1 (0,9 %)
UKUPNO	105 (100 %)

Analizom rezultata anonimnih anketnih upitnika (skraćene verzije GDS-a) ispitanici su podijeljeni u 2 skupine, odnosno tjelesno aktivne i tjelesno neaktivne te u 3 kategorije unutar tih skupina, to jest korisnike s depresijom visokog intenziteta, korisnike s depresijom srednjeg intenziteta i korisnike bez depresivnog raspoloženja. Rezultati pokazuju da je od ukupno 105 ispitanika njih čak 63 ili 60 % tjelesno neaktivno, a bez depresije ih je tek 47 od 105 ili 44,8 %. Detaljan prikaz broja ispitanika po određenim skupinama i kategorijama dan je u Tablici 2.

Tablica 2 - prikaz broja anketiranih korisnika raspoređenih u 2 skupine i 3 kategorije

	tjelesno aktivni	tjelesno neaktivni	ukupno
depresija visokog intenziteta	4 (3,8 %)	35 (33,3 %)	39 (37,1 %)
depresija srednjeg intenziteta	12 (11,4 %)	7 (6,7 %)	19 (18,1 %)
korisnici bez depresije	26 (24,8 %)	21 (20 %)	47 (44,8 %)
ukupno	42 (40%)	63 (60 %)	105 (100 %)

S obzirom na cilj rada, naglasak je na razlikovanju korisnika s obzirom na prisutnost ili odsustvo tjelesne aktivnosti i depresivnog raspoloženja, a ne toliko na specifičnom intenzitetu depresivnog raspoloženja. Zbog toga je u daljnjoj obradi podataka varijabla depresivnog

raspoloženja umjesto na tri podijeljena na dvije kategorije, kao i varijabla tjelesne aktivnosti. Isto tako, navedena podjela na tri umjesto na dvije kategorije dozvoljena je pri krajnjoj analizi rezultata ako se koristi skraćeni oblik Gerijatrijske skale depresije, koja umjesto 30 sadrži 15 pitanja o depresiji (8). Korisnici s depresijom visokog i srednjeg intenziteta svrstani su u jednu kategoriju, odnosno kategoriju depresivno raspoloženih, a prikaz korisnika u 2 skupine i u 2 kategorije dan je u Tablici 3. Tjelesno aktivnih korisnika je 40 %, dok ih je 60 % tjelesno neaktivno. Od ukupnog broja ispitanika depresivno je raspoloženih ispitanika 55,2 %, a njih 44,8 % nema depresivno raspoloženje.

Tablica 3 - prikaz broja ispitanika podijeljenih u 2 skupine i 2 kategorije

	tjelesno aktivni	tjelesno neaktivni	ukupno
depresivno raspoloženi (depresija visokog intenziteta + depresija srednjeg intenziteta)	16 (15,2 %)	42 (40%)	58 (55,2 %)
bez depresivnog raspoloženja	26 (24,8 %)	21 (20%)	47 (44,8 %)
ukupno	42 (40 %)	63 (60%)	105 (100%)

Povezanost tjelesne aktivnosti i depresivnog raspoloženja testirana je pomoću Mann-Whitney U testa u statističkom programskom paketu MedCalcu. Primjenom navedenog testa dobivena je vjerojatnost za izračunatu vrijednost testa statistike (P) koja iznosi 0,03. S obzirom da se koristi razina značajnosti, to jest α u iznosu od 0,05 ili 5 %, odnos ove dvije vrijednosti u slučaju primjene Mann-Whitney U testa ukazuje na to da postoji statistički značajna razlika između depresije i tjelesne aktivnosti, odnosno ta svojstva ipak nisu međusobno povezana jer je:

$$P(0,03) < \alpha(0,05).$$

Povezanost ukupnog rezultata na skraćenom obliku Gerijatrijske skale depresije, odnosno povezanost depresije, ispitana je još u odnosu sa sociodemografskim obilježjima spola, broja djece i bračnog statusa ispitanika. Povezanost depresije i navedenih sociodemografskih obilježja ispitana je također pomoću Mann-Whitney U testa, a u sva tri slučaja statistički značajna povezanost ne postoji, pošto je vjerojatnost za izračunatu vrijednost testa statistike (P) u sva tri slučaja bila manja od 0,001. U Tablici 4 dan je prikaz raspodjele depresivnih i ne depresivnih korisnika po spolu. Od ukupnog broja žena depresivno je njih 52,6 %, a od ukupnog broja muškaraca, prisustvo depresije pokazalo je njih 62,1 %.

Tablica 4 - Prikaz raspodjele depresivnih i ne depresivnih korisnika po spolu

	Depresivni	Ne depresivni	Ukupno
Ženski spol	40 (38,1 %)	36 (34,3 %)	76 (72,4 %)
Muški spol	18 (17,1 %)	11 (10,5 %)	29 (27,6 %)
Ukupno	58 (55,2 %)	47 (44,8 %)	105 (100 %)

Nadalje, Tablica 5 pokazuje raspodjelu depresivnih i ne depresivnih korisnika s obzirom na određeni bračni status. Od ukupnog broja udovaca/udovica depresivno je njih 58 %, od svih ispitanika koji su samci, nitko nije depresivan, 60 % udanih/oženjenih ispitanika pokazalo je zastupljenost depresije, a depresivno je i 50 % ispitanika koji su razvedeni.

Tablica 5 - Prikaz raspodjele depresivnih i ne depresivnih korisnika po bračnom statusu

	Depresivni	Ne depresivni	Ukupno
Samac	0 (0 %)	4 (3,8 %)	4 (3,8 %)
Udana/oženjen	3 (2,9 %)	2 (1,9 %)	5 (4,8 %)
Razvedeni	4 (3,8 %)	4 (3,8 %)	8 (7,6 %)
Udovica/udovac	51 (48,6 %)	37 (35,2 %)	88 (83,8 %)
Ukupno	58 (55,2 %)	47 (44,8 %)	105 (100%)

U Tablici 6 prikazana je raspodjela depresivnih i ne depresivnih ispitanika s obzirom na broj djece. Najveći broj ispitanika ima 2 djece, a od svih 53 ispitanika koji imaju dvoje djece, njih 32 je depresivno.

Tablica 6 - Prikaz raspodjele depresivnih i ne depresivnih korisnika s obzirom na broj djece

	Depresivni	Ne depresivni	Ukupno
Bez djece	5 (4,8 %)	8 (7,6 %)	13 (12,4 %)
1 dijete	10 (9,5 %)	10 (9,5 %)	20 (19%)
2 djeteta	32 (30,5 %)	21 (20 %)	53 (50,5 %)
3 djeteta	6 (5,7 %)	5 (4,8 %)	11 (10,5 %)
4 djeteta	2 (1,9 %)	3 (2,9 %)	5 (4,8 %)
7 djece	1 (0,9 %)	0 (0 %)	1 (0,9 %)
8 djece	1 (0,9 %)	0 (0 %)	1 (0,9 %)
9 djece	1 (0,9 %)	0 (0 %)	1 (0,9 %)
Ukupno	58 (55,2 %)	47 (44,8 %)	105 (100%)

Rasprava

Analiziranjem podataka prikupljenih anketiranjem korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir može se zaključiti da u trenutku istraživanja postoji povezanost depresije i tjelesne aktivnosti. Naime, od ukupnog broja depresivnih ispitanika (58 korisnika), tjelesno ih je aktivno tek 33,3 % ili trećina. Od svih ispitanika koji nisu depresivni (47 korisnika), tjelesno je aktivno njih 61,9 %. Također se može naslutiti trenutna povezanost depresije i tjelesne aktivnosti, ali se statističkim testom, odnosno Mann-Whitney U testom, ne postiže dovoljna razina statističke značajnosti ($P = 0,03$).

Naime, faktor smanjene socijalne podrške i osjećaja povećane odbačenosti i odvojenosti koji se javlja samim smještanjem osoba u starački dom, a koji je posebno izražen u vremenima i posljedicama globalne pandemije, potvrdio se kao najutjecajniji faktor u razvoju depresije kod gerijatrijske populacije smještene u domu. Osobe se samim smještajem u staračke domove već osjećaju odvojeno od svojih bližnjih, a glavni način smanjivanja tog osjećaja su posjete i obilasci od strane obitelji te dragih i bliskih osoba. Osjećaj odvojenosti i smanjene socijalne podrške trenutno je posebno izražen uslijed restriktivnih mjera koje se odnose na domove za starije i nemoćne osobe, a tiču se upravo ograničenih, odnosno tijekom određenog razdoblja, potpuno zabranjenih posjeta.

Uz to što nije dokazana povezanost depresije i spola ispitanika ($P < 0,001$), upravo ograničene i zabranjene posjete predstavljaju razlog i zašto na razinu depresije nisu utjecali niti broj djece niti bračni status (za obje varijable $P < 0,001$). Uz telefonske pozive i informacije da su njihovi bližnji dobro, korisnicima doma bi svakako u pogledu smanjenja depresije i povećanja njihovog sveopćeg dobra koristila uobičajena interakcija i kontakt s bližnjima uživo.

Činjenica da im je broj djece i bračni status još uvijek održan i nepromijenjen i dalje je nadjačana drugom činjenicom, odnosno izostankom tjelesne interakcije i kontakta s djecom ili eventualnim partnerom, odnosno partnericom.

Ako je depresija prisutna i zastupljena u toj mjeri, manja je i motivacija korisnika na tjelesnu aktivnost, a u pogledu bavljenja tjelesnom aktivnošću, vidljiv je i utjecaj specifičnosti depresije u starijoj dobi, odnosno činjenica da će depresivni pripadnici gerijatrijske populacije prije osjetiti bol nego neraspoloženje, a ta bol će ih onda u bilo kakvoj tjelesnoj aktivnosti ograničavati ili čak potpuno odvratiti od nje. Razina tjelesne aktivnosti kod korisnika staračkih domova trenutno je niska, što se opet može povezati sa specifičnosti trenutne situacije i restriktivnih mjera u samim domovima za starije i nemoćne osobe. Grupne vježbe u dvorani se tijekom tih restriktivnih koje se tiču održavanja distance i zabrane većih grupiranja ne održavaju se, a interes za individualno vježbanje ili vježbanje u manjim grupama malen je. Uz to korisnici imaju manju mogućnost kretanja, odnosno hodanja i šetanja nego inače, što također predstavlja smanjenu mogućnost za određeni oblik tjelesne aktivnosti. Navedene stavke pridonose smanjenom utjecaju tjelesne aktivnosti na depresivno raspoloženje u gerijatrijskoj populaciji DSNBOM.

Danas se zapravo sve više istraživanja provodi se kako bi se otkrilo postoji li pozitivan utjecaj tjelovježbe na psihičko zdravlje. Jedno takvo istraživanje proveo je 2007. godine zagrebački Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu skrb i branitelje. Istraživanje je provedeno među korisnicima usluga gerontoloških centara, među kojima je njih 77 % prakticiralo medicinsku gimnastiku rekreativnog tipa. Istraživanje je pokazalo da im je sudjelovanje u tim aktivnostima poboljšalo cjelokupno zdravstveno stanje (82,9 %), ispitanici su se osjećali korisnije u zajednicama u kojima žive (79,4%), a doživjeli su poboljšanje i napredak u društvenom i socijalnom životu (81,4%) (1).

Znanstvenici Leshner i Berryhill su 1994. godine prvi su ispitali i istražili valjanost i pouzdanost skraćenog oblika Gerijatrijske skale depresije koji se umjesto od 30 pitanja sastoji od 15 pitanja. Utvrdili su kako se verzija od 30 pitanja može zamijeniti skraćenom verzijom od 15 pitanja, osim kada su u istraživanje uključene osobe s dijagnozom demencije (8).

Pouzdanost i ispravnost skraćenog oblika Gerijatrijske skale depresije ispitali su i u novije vrijeme, odnosno 2018. godine, turski znanstvenici Durmaz i sur. došli do zaključka da je skraćeni oblik jednako pouzdan i precizan u dijagnostici kao i izvoran oblik koji se sastoji od 30 pitanja (9).

Slična istraživanja o povezanosti tjelesne aktivnosti i psihičkog funkcioniranja radili su znanstvenici Kovačić i sur. Dokazali su dokazali da tjelesna aktivnost, tjelovježba i sudjelovanje u raznim oblicima kulturnih ili kreativnih aktivnosti ima pozitivan utjecaj na tjelesno i psihičko zdravlje te poboljšanu funkciju svih sustava organa, što rezultira povećanom funkcionalnom sposobnošću osoba starije životne dobi (10).

Znanstvenice Lepan i Leutar istraživale su važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Dio istraživanja obuhvaćao je i ispitivanje povezanosti tjelesne aktivnosti i psihičkog funkcioniranja te zadovoljstva životom. Rezultati su pokazali da postoji razlika koja je statistička značajna, a tiče se razlike između zadovoljstva životom starijih osoba koje su tjelesno aktivne i onih koje nisu. Od ukupno 191 aktivnog ispitanika, 41,05 % izjasnili su se kao zadovoljni kvalitetom života, dok se od 149 neaktivnih ispitanika 37,71 % izjasnilo kao zadovoljno kvalitetom života (11).

Jedno od najranijih istraživanja o povezanosti tjelesne aktivnosti i depresije u gerijatrijskoj populaciji datira iz 1992. Znanstvenici Wallace i O'Hara u tom istraživanju otkrili su da su društveni kontakt i tjelesno vježbanje djelotvorni na različite aspekte depresije te su zaključili da je posebno preporučljivo tjelesno vježbanje kod simptoma blage depresije (12).

Istraživanje znanstvenika Kandole i njegovih suradnika dokazalo je da tjelesna aktivnost osim brojnih pozitivnih utjecaja na naše fizičko zdravlje, ima i pozitivan utjecaj na aktivaciju različitih antidepresivnih mehanizama u našem tijelu. Istraživanje je uključivalo ispitanike različitih dobnih skupina, među kojima su se našli i pripadnici gerijatrijske populacije. Znanstvenici su došli su do zaključka da tjelesna aktivnost ima pozitivan utjecaj na neuroplastičnost, upalne procese, oksidativni stres, endokrini sustav, samopoštovanje, socijalnu podršku i samo učinkovitost (13).

Na posljétku, što se tiče domova za starije i nemoćne osobe, razdoblje pandemije bolesti uzrokovane novim korona virusom prvenstveno predstavlja razdoblje strogih restriktivnih mjera koje za posljedicu imaju visoku razinu depresije i nisku razinu tjelesne aktivnosti. Trenutačna sposobnost utjecanja tjelesnom aktivnošću na depresiju također je smanjena ograničavanjem i smanjivanjem izbora te aktivnosti ili intenziteta same aktivnosti.

Zaključak

Iako podaci upućuju na povezanost između depresije i tjelesne aktivnosti kod korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir, statističkim testom ne postiže se dovoljna razina značajnosti da bi se to u ovom specifičnom trenutku provođenja istraživanja obilježenog bolešću uzrokovanom novim korona virusom moglo za sigurnošću tvrditi. Većina anketiranih korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir pokazala je prisutnost depresivnog raspoloženja. To ukazuje na opravdanost tvrdnji da je smještaj u staračkom domu jedan od vodećih mogućih uzroka depresije u gerijatrijskoj populaciji kao jedan od oblika odvojenosti i odlaska od obitelji i iz vlastitog doma. Situacija u kojoj korisnici staračkog doma osjećaju manjak socijalne podrške smještajem u dom također je u trenutku istraživanja dodatno otežana pandemijom bolesti COVID 19 koja nameće posebne mjere za staračke domove, a od kojih je za korisnike i njihovo mentalno stanje najrigoroznija mjera ograničenih ili potpuno zabranjenih posjeta. Većina anketiranih korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir nije tjelesno aktivna. To potvrđuje da je veliki javnozdravstveni problem današnjice, odnosno tjelesna neaktivnost, prisutna u cjelokupnoj populaciji pa tako i u gerijatrijskoj. Utjecaj restriktivnih mjera koji je prisutan u vrijeme provođenja istraživanja također je dodatno ograničio korisnike DSNOBM i u bavljenju tjelesnom aktivnošću. Prisutnost depresije kod korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Beli Manastir nije povezana niti s njihovim bračnim statusom ni brojem djece ni spolom.

Literatura

1. Krtalić S, Krističević T, Knjaz D. Starenje i tjelesna aktivnost. Hrvatski športskomedicinski vjesnik. 2016;31(1):3-8.
2. Karlović D. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Naklada Slap; 2016.
3. Avasthi A, Grover S. Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. Indian Journal of psychiatry. 2018; 60(3):341.
4. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults. The Journal of the American Medical Association (JAMA). 2017;317(20):2114-2122.
5. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Smolej Narančić N, Šostar Z, Duraković Z, Fortuna V, Lukić M, Vučevac V. Osnove iz zdravstvene gerontologije. U: Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A, ur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str.256-83.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. i sur. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research. 1982;17(1):37- 49.
7. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health. 1986;5(1-2):165-173.
8. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale - Short Form Among Inpatients. Journal of Clinical Psychology. 1994;50(2):256- 260.
9. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale - 15 (short form) in Turkish older adults. Northern Clinics of Istanbul. 2018;5(3):216.
10. Kovačić L, Strinović B, Tišma R. Utjecaj tjelesne aktivnosti na zdravlje i dnevni život starijeg vijeka. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 1999.
11. Lepan Ž, Leutar Z. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Socijalna ekologija Zagreb. 2012;21(2) :2013-224
12. Wallace J, O' Hara MW. Increase in depressive symptomatology in the rural elderly: results from cross-sectional and longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology. 1992;101(3):398.
13. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabitson CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2019;107:525-539.

ZADOVOLJSTVO KVALITETOM ŽIVOTA U DOMOVIMA ZA STARE I NEMOĆNE

Sažetak

Starenje je trajan proces koji počinje rođenjem čovjeka, a završava smrću. U razvijenim zemljama sve je zamjetniji trend starenja stanovništva. U slučajevima kada se nema tko brinuti za stariju osobu u njezinom dosadašnjem okruženju ili se osoba ne osjeća sigurno u svojem domu, smješta se u dom za starije i nemoćne osobe. Kvaliteta života je važan faktor za sve korisnike, a posebno za starije osobe koje žive u institucijama, gdje njihov svakodnevni život ovisi o vanjskim faktorima poput njege, socijalne interakcije i fizičkog okruženja. Osnovni cilj istraživanja je bio ispitati kvalitetu života starijih osoba, korisnika domova za starije i nemoćne osobe, te spoznati zadovoljstvo kvalitetom života korisnika usluga, odnosno zadovoljstvo pruženim zdravstvenim i socijalnim uslugama, kao i uslugama prehrane i njege korisnika. U svrhu istraživanja izrađen je anonimni anketni upitnik koji je omogućio prikupljanje podataka o zadovoljstvu korisnika. Upitnikom od 25 pitanja, osmišljenih od strane autora, prikupili su se sociodemografski podaci, te podaci o zadovoljstvu uslugama i o kvaliteti života u domu za starije i nemoćne osobe. Istraživanje je provedeno kod hospitaliziranih bolesnika liječenih na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje i Klinici za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Osijek kroz 30 dana, od 16. siječnja 2025 do 16. veljače 2025 godine. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 48 korisnika doma za starije i nemoćne osobe. Provedenim istraživanjem većina ispitanika je iskazala zadovoljstvo kvalitetom života u domu za starije i nemoćne.

Ključne riječi: starenje, dom za starije i nemoćne osobe, kvaliteta života

SATISFACTION WITH THE QUALITY OF LIFE IN HOME FOR THE ELDERLY AND INFIRM

Summary

Aging is a continuous process that begins with the birth of a person and ends with death. In developed countries, there is an increasingly noticeable trend of population aging. In cases where there is no one to take care of an elderly person in his current environment or the person does not feel safe in his home, he is placed in a home for the elderly and infirm. Quality of life is an important factor for all users, but especially for elderly people living in institutions, where their daily life depends on external factors such as care, social interaction and physical environment. The main goal of the research was to examine the quality of life of elderly people, users of homes for the elderly and infirm, and to find out satisfaction with the quality of life of service users, satisfaction with the provided health and social services, as well as with nutrition and care services. For the purpose of the research, an anonymous survey questionnaire was created that enabled the collection of data on user satisfaction. A questionnaire of 25 questions, designed by the author, collected sociodemographic data, as well as data on satisfaction with

¹Klinički bolnički centar Osijek

services and the quality of life in the home for the elderly. The research was conducted in hospitalized patients treated at the Clinic for Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care and the Clinic for Internal Diseases of the Osijek Clinical Hospital Center over 30 days, from January 16, 2025 to February 16, 2025. A total of 48 users of the home for the elderly and infirm participated in the research. According to the conducted research, the majority of respondents expressed satisfaction with the quality of life in the home for the elderly and infirm.

Key words: aging, home for the elderly and infirm, quality of life

Uvod

Starenje je trajan proces koji počinje rođenjem čovjeka, a završava smrću, te je ujedno prirodan biološki proces koji označava fiziološke promjene u organizmu, ali i društveni fenomen koji izaziva značajan utjecaj na ekonomiju, politiku i svakodnevni život. Povećanje životne dobi, poboljšanja u zdravstvenoj zaštiti i promjene u društvenim normama rezultirali su rapidnim porastom broja starijih osoba u mnogim zemljama svijeta. Starija populacija suočava se s brojnim izazovima, uključujući pristup zdravstvu, mirovinskim sustavima i socijalnoj uključenosti. Svjetska populacija stari brže nego ikad. Prema podacima UN-a, broj osoba starijih od 60 godina globalno se povećava, a do 2050. godine gotovo 22% svjetske populacije bit će starije od 60 godina (1). Trend starenja stanovništva izaziva potrebu za prilagodbom zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih sustava. Hrvatska je, poput mnogih europskih zemalja, suočena s demografskim problemima. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, u popisu stanovništva u Hrvatskoj u 2021. godini udio osoba starijih od 65 godina bio je 22,45%, a prema prognozama, do 2050. godine taj udio mogao bi narasti na čak 30% (2). Ove promjene imaju značajan utjecaj na radnu snagu, mirovinske sustave, kao i na pružanje zdravstvene i socijalne skrbi. Povećanje broja starijih osoba zahtjeva jaču potporu u smislu socijalnih i zdravstvenih usluga. U mnogim zemljama, uključujući Hrvatsku, postoje ozbiljni izazovi u financiranju mirovinskih sustava i zdravstvene skrbi za starije osobe. Također, potrebna je veća socijalna uključenost starijih osoba kako bi se smanjila njihova marginalizacija i osigurala njihova kvaliteta života.

Kvaliteta života

Kvaliteta života predstavlja kompleksan i multidimenzionalni pojam koji se koristi u različitim disciplinama, uključujući sociologiju, psihologiju, medicinu, ekonomiju i politiku. Iako se često koristi u svakodnevnom jeziku, ne postoji jedinstvena i univerzalna definicija ovog pojma, jer se kvaliteta života različito razumijeva i mjeri, ovisno o kulturološkim, društvenim, ekonomskim i individualnim faktorima. Kvaliteta života može se definirati kao subjektivni osjećaj zadovoljstva i uspjeha koje osoba doživljava u različitim aspektima svog života, uključujući fizičko, psihičko, socijalno i ekonomsko blagostanje. Prema World Health Organization (WHO), kvaliteta života je individualni i subjektivno ocijenjeni doživljaj njihovog života u odnosu na njihove ciljeve, vrijednosti i društvene uvjete (3). Ova definicija ukazuje na važnost subjektivnog doživljaja pojedinca, koji se može razlikovati od objektivnih pokazatelja, poput prihodnog statusa ili zdravstvenih uvjeta. Iako kvaliteta života obuhvaća različite aspekte života, najčešće se navode četiri osnovne dimenzije:

1. **Fizičko zdravlje** – odnosi se na tjelesno zdravlje, prisutnost ili odsutnost bolesti, te sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.
2. **Psihološko dobrostanje** – uključuje emocionalno zdravlje, mentalno zdravlje, osjećaj sreće i zadovoljstva, samopoštovanje, te smanjenje stresa i anksioznosti.
3. **Socijalni odnosi** – odnosi se na kvalitete međuljudskih odnosa, socijalnu podršku i povezanost s obitelji, prijateljima i zajednicom.
4. **Ekonomski status** – uključuje prihode, zaposlenost, financijsku sigurnost i pristup osnovnim resursima potrebnim za kvalitetan život (4,5).

Svaka od ovih dimenzija utječe na opću percepciju kvalitete života. Na primjer, osoba koja ima dobar ekonomski status, ali loše zdravlje, može se osjećati nezadovoljno, dok osoba koja uživa u zdravlju i dobrim socijalnim odnosima, iako možda nema visoki prihod, može doživjeti visoku kvalitetu života. Mjerenje kvalitete života zahtjeva uzimanje u obzir različitih dimenzija i faktora, kao i individualne percepcije i vrijednosti. Kvaliteta života nije statičan pojam, već se mijenja kroz vrijeme i ovisno o životnim okolnostima obuhvaća i osobnu percepciju svakog pojedinca.

Institucionalni smještaj

S obzirom na globalne demografske promjene, institucije za smještaj starih osoba postale su ključni element socijalne skrbi u mnogim zemljama. Starenje stanovništva, uz pad nataliteta i produženje životnog vijeka, dovodi do toga da sve veći broj ljudi ulazi u dobnu skupinu koja zahtijeva specijaliziranu skrb. U Hrvatskoj je institucionalni smještaj starih osoba često neizbježan zbog nedostatka obiteljske skrbi ili nemogućnosti starijih osoba da samostalno žive. Domovi za starije osobe, kao oblik institucionalne skrbi, postali su važan segment socijalne politike. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi Republike Hrvatske, domovi za stare i nemoćne osobe pružaju smještaj i njegu onima koji nisu u mogućnosti živjeti samostalno zbog zdravstvenih razloga (6). U Hrvatskoj postoji oko 200 institucija za smještaj starih osoba, od kojih su mnoge financirane iz javnih sredstava, dok se dio njih oslanja na privatne investicije. Kroz sustav socijalne skrbi, starije osobe mogu ostvariti pravo na smještaj u domovima, ali i druge oblike pomoći, poput osobne asistencije ili dnevnog boravka. Međutim, unatoč postojanju institucionalnog okvira, brojna istraživanja pokazuju da postoji i niz izazova s kojima se suočavaju korisnici tih usluga, uključujući kvalitetu skrbi, kapacitete institucija, te financijsku pristupačnost usluga. Prednosti institucionalnog smještaja za starije osobe uključuju stručnu skrb, 24-satnu medicinsku pomoć, te socijalnu interakciju koja može spriječiti usamljenost. Prema studiji iz 2020. godine, istraživanje koje je provela Agencija za socijalnu skrb pokazuje da 80% korisnika domova za starije osobe u Hrvatskoj smatra da im institucionalni smještaj pruža nužnu medicinsku skrb i sigurnost (7). Međutim, postoje i značajni izazovi. Jedan od najistaknutijih problema je nedostatak kvalitetnog osoblja. U Hrvatskoj, kao i u mnogim drugim zemljama, postoji veliki deficit medicinskih sestara i gerontologa, što dovodi do preopterećenja postojećeg osoblja i smanjenja kvalitete skrbi (8). Drugi izazov je visoka cijena smještaja, koja može biti prepreka i značajan financijski teret za mnoge obitelji.

Cilj istraživanja

Osnovni cilj istraživanja je bio ispitati kvalitetu života starijih osoba, korisnika domova za starije i nemoćne osobe, te spoznati zadovoljstvo kvalitetom života korisnika usluga, odnosno pruženim zdravstvenim i socijalnim uslugama, kao i uslugama prehrane i njege korisnika.

Ispitanici

U svrhu istraživanja izrađen je anonimni anketni upitnik koji je omogućio prikupljanje podataka o zadovoljstvu korisnika. Upitnikom od 25 pitanja, osmišljenih od strane autora, prikupili su se sociodemografski podaci, te podaci o zadovoljstvu uslugama i o kvaliteti života u domu za starije i nemoćne osobe. Anketa je u potpunosti bila anonimna i dobrovoljna. Sudionici su bili upoznati s ciljem i svrhom istraživanja, i u bilo kojem trenutku su mogli slobodno odlučiti da ne žele više sudjelovati u istraživanju. Anketni upitnik je dizajniran tako da se izbjegne utjecaj vanjskih faktora kako bi odgovori bili iskreni. Istraživanje je provedeno kod hospitaliziranih bolesnika, korisnika domova za stare i nemoćne, liječenih na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje i Klinici za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Osijek kroz 30 dana, od 16. siječnja 2025 do 16. veljače 2025 godine. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 48 korisnika. Dobiveni podaci obrađeni su deskriptivnim statističkim metodama, te prikazani tablično. Provedenim istraživanjem većina ispitanika je iskazala zadovoljstvo kvalitetom života u instituciji u kojoj su smješteni.

Rezultati

U istraživanju su sudjelovala 48 ispitanika, od kojih su 15 (31 %) muškarci te 33 (69 %) žena. Najveći broj ispitanika, njih 35 (73 %) pripada dobnoj skupini od 80 do 89 godina, 10 (21 %) ispitanika pripada dobnoj skupini 70 od 79 godina, dok su 3 (6 %) ispitanika preko 90 godina. Srednju stručnu spremu ima 40 (63 %) ispitanika, a medijan duljine boravka u domu iznosio je 2 godine (interkvartilnog raspona od 1,25 do 4 godine)u rasponu od 1 do 13 godina (Tablica 1).

Tablica 1. Osobitosti ispitanika		
		Broj (%) ispitanika
Dob	70 – 79	10 (21)
	80 – 89	35 (73)
	90 i više godina	3 (6)
Spol	Muško	15 (31)
	Žensko	33 (69)
Stručna sprema	KV	9 (19)
	SSS	30 (63)
	VŠS	9 (19)
Duljina boravka u domu	1 godina	12 (25)
	2 godine	15 (31)
	3 i više godina	21 (44)
Ukupno		48 (100)

Od ukupno 48 ispitanika, njih 29 (60 %) smješteni su u državni, dok su 19 (40 %) ispitanika smješteni u privatni dom, a 43 (90 %) kao razlog odlaska u dom navode kako se ne mogu više brinuti sami o sebi. Smještajem u domu zadovoljna su 36 (76 %) ispitanika, dok 6 (12 %) nisu zadovoljni ili nisu sigurni. Najčešći način za provođenje slobodnog vremena u 31 (65 %) ispitanika je gledanje TV-a. Mobitelom se koristi 35 (73 %) ispitanika, dok se internetom koristi 7 (15 %) ispitanika (Tablica 2).

Tablica 2. Podatci o boravku u domu

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Dom u koji ste smješteni je:	Državni	29 (60)
	Privatni	19 (40)
Razlog zbog kojeg ste uselili u dom	Ne mogu se više brinuti sam/a o sebi	43 (90)
	Da imam društvo	3 (6)
	Na zahtjev moje djece	2 (4)
Jeste li zadovoljni smještajem u domu	Da	36 (76)
	Ne	6 (12)
	Nisam siguran/na	6 (12)
Na koji način provodite svoje slobodno vrijeme?	Idem na organizirane izlaske/kino/kazalište/muzej	6 (12)
	Gledam TV	31 (65)
	Dosadno mi je	11 (23)
Koristite li se mobitelom?	Da	35 (73)
	Ne	13 (27)
Koristite li se internetom?	Da	7 (15)
	Ne	41 (85)
Ukupno		48 (100)

Tablica 3. prikazuje zadovoljstvo ispitanika smještajem u domu. Ispitanici su najviše zadovoljni urednošću ustanove, dok su najmanje zadovoljni koliko zaposlenici doma znaju njihove interese i što vole.

Tablica 3. Zadovoljstvo smještajem u domu (N = 48)

Pitanje	Broj (%) ispitanika			
	Zadovoljan/na sam – 1	Djelomično sam zadovoljan/na – 2	Uvijek može bolje – 3	Nisam zadovoljan/na – 4
Kako ste zadovoljni svojim životnim postignućima?	30 (63)	14 (29)	3 (6)	1 (2)
Imate li dobre međusobne socijalne odnose sa ostalim korisnicima doma?	29 (60)	9 (19)	3 (6)	7 (15)
Zadovoljstvo pruženim zdravstvenim uslugama/medicinske sestre?	30 (63)	8 (17)	9 (19)	1 (2)
Kako ste zadovoljni sa sveukupnim osobljem u ustanovi?	33 (69)	6 (12)	9 (19)	0 (0)
Smatrate li da zaposlenici doma znaju vaše interese i što volite?	29 (60)	8 (17)	2 (4)	9 (19)
Smatrate li da vaš dom kao ustanova pokušava biti ugodno mjesto za posjete obitelji i prijatelja korisnika doma?	37 (77)	4 (8)	3 (6)	4 (8)
Kako ste zadovoljni prehranom/količinom obroka	26 (54)	13 (27)	6 (12)	3 (6)

Tablica 3. Zadovoljstvo smještajem u domu (N = 48)

Pitanje	Broj (%) ispitanika			
	Zadovoljan/na sam – 1	Djelomično sam zadovoljan/na – 2	Uvijek može bolje – 3	Nisam zadovoljan/na – 4
i kvalitetom?				
Kako ste zadovoljni urednošću ustanove?	40 (83)	7 (15)	1 (2)	0 (0)
Kako ste zadovoljni brzinom i učinkovitosti rješavanja vaših prigovora?	30 (63)	8 (17)	7 (15)	3 (6)

Najveći broj ispitanika, njih 26 (54 %) su samostalni u njezi tijela te 27 (56 %) ispitanika su samostalni u kretanju. 37 (77 %) ispitanika se osjećaju sigurno u domu, osjećaju da se poštuje njihova privatnost i dostojanstvo. Od ukupno 48 ispitanika, njih 34 (72 %) nisu primijetili promjenu u zdravstvenom stanju, dok se 6 (12 %) ispitanika osjećaju bolje nakon dolaska u dom (Tablica 4).

Tablica 4. Pokretljivost i zdravstveno stanje ispitanika

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Stupanj samostalnosti/njega tijela	Samostalan	26 (54)
	Uz pomoć pomagala	11 (23)
	Uz pomoć druge osobe	4 (8)
	Potpuno ovisan o drugoj osobi	7 (15)
Stupanj pokretljivosti	Samostalan	27 (56)
	Uz pomoć pomagala	10 (21)
	Uz pomoć druge osobe	4 (8)
	Potpuno ovisan o drugoj osobi	7 (15)
Osjećate li se sigurno u domu?	Da	37 (77)
	Ne	1 (2)
	Nisam siguran/na	10 (21)
Osjećate li se bolje, lošije ili je vaše zdravstveno stanje ostalo isto nakon dolaska u dom?	Osjećam se bolje	6 (12)
	Osjećam se lošije	2 (4)
	Zdravstveno stanje je ostalo isto	34 (72)
	Nisam siguran/na	6 (12)
Osjećate li da se poštuje vaša privatnost?	Da	37 (77)
	Nisam siguran/na	11 (23)
Osjećate li da se poštuje vaše dostojanstvo?	Da	37 (77)
	Nisam siguran/na	11 (23)
Ukupno		48 (100)

Nema značajne razlike u podacima o boravku u domu s obzirom na dob ispitanika (Tablica 5).

Tablica 5. Podatci o boravku u domu s obzirom na dob (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		70 – 79	80 – 89	90 i više	
Dom u koji ste smješteni je:	Državni	6 (60)	20 (57)	3 (100)	0,35
	Privatni	4 (40)	15 (43)	0 (0)	
Razlog zbog kojeg ste uselili u dom	Ne mogu se više brinuti sam/a o sebi	9 (90)	31 (89)	3 (100)	0,69
	Da imam društvo	0 (0)	3 (8)	0 (0)	
	Na zahtjev moje djece	1 (10)	1 (3)	0 (0)	
Jeste li zadovoljni smještajem u domu	Da	8 (80)	26 (74)	2 (67)	0,51
	Ne	2 (20)	4 (11)	0 (0)	
	Nisam siguran/na	0 (0)	5 (14)	1 (33)	
Na koji način provodite svoje slobodno vrijeme?	Idem na organizirane izlaske/kino/kazalište/muzej	2 (20)	4 (11)	0 (0)	0,68
	Gledam TV	6 (60)	22 (63)	3 (100)	
	Dosadno mi je	2 (20)	9 (26)	0 (0)	
Koristite li se mobitelom?	Da	7 (70)	25 (71)	3 (100)	0,55
	Ne	3 (30)	10 (29)	0 (0)	
Koristite li se internetom?	Da	2 (20)	5 (14)	0 (0)	0,68
	Ne	8 (80)	30 (86)	3 (100)	
Ukupno		10 (100)	35 (100)	3 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u zadovoljstvu smještajem u domu s obzirom na dob ispitanika (Tablica 6).

Tablica 6. Zadovoljstvo smještajem u domu s obzirom na dob (N = 48)

Pitanje	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	70 – 79	80 – 89	90 i više	
Kako ste zadovoljni svojim životnim postignućima?	1,5 (1 – 2)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,31
Imate li dobre međusobne socijalne odnose sa ostalim korisnicima doma?	1 (1 – 1,5)	1 (1 – 2)	2 (1 – 2)	0,41
Zadovoljstvo pruženim zdravstvenim uslugama/medicinske sestre?	1 (1 – 1,5)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,51
Kako ste zadovoljni sa sveukupnim osobljem u ustanovi?	1 (1 – 1,5)	1 (1 – 2)	2 (1 – 2)	0,60
Smatrate li da zaposlenici doma znaju vaše interese i što volite?	1 (1 – 2,5)	1 (1 – 3)	2 (1 – 2)	0,82
Smatrate li da vaš dom kao ustanova pokušava biti	1 (1 – 1,5)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,61

Tablica 6. Zadovoljstvo smještajem u domu s obzirom na dob (N = 48)

Pitanje	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	70 – 79	80 – 89	90 i više	
ugodno mjesto za posjete obitelji i prijatelja korisnika doma?				
Kako ste zadovoljni prehranom/količinom obroka i kvalitetom?	1 (1 – 2,25)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,91
Kako ste zadovoljni urednošću ustanove?	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	0,55
Kako ste zadovoljni brzinom i učinkovitosti rješavanja vaših prigovora?	1 (1 – 2,25)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,84

*Kruskal-Wallis test

Značajno više žena odlazi u organizirane izlaske/kino/kazalište ili muzeje za razliku od muškaraca kojima je dosadno (χ^2 test, P = 0,01), značajno više žena koristi se mobitelom (χ^2 test, P = 0,006) te internetom (χ^2 test, P = 0,05) za razliku od muškaraca (Tablica 7).

Tablica 7. Podatci o boravku u domu s obzirom na spol (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Dom u koji ste smješteni je:	Državni	8 (53)	21 (64)	0,50
	Privatni	7 (47)	12 (36)	
Razlog zbog kojeg ste uselili u dom	Ne mogu se više brinuti sam/a o sebi	12 (80)	31 (94)	0,32
	Da imam društvo	2 (13)	1 (3)	
	Na zahtjev moje djece	1 (7)	1 (3)	
Jeste li zadovoljni smještajem u domu	Da	9 (60)	27 (82)	0,12
	Ne	4 (27)	2 (6)	
	Nisam siguran/na	2 (13)	4 (12)	
Na koji način provodite svoje slobodno vrijeme?	Idem na organizirane izlaske/kino/kazalište/muzej	0 (0)	6 (18)	0,01
	Gledam TV	8 (53)	23 (70)	
	Dosadno mi je	7 (47)	4 (12)	
Koristite li se mobitelom?	Da	7 (47)	28 (85)	0,006
	Ne	8 (53)	5 (15)	
Koristite li se internetom?	Da	0 (0)	7 (21)	0,05
	Ne	15 (100)	26 (69)	
Ukupno		15 (100)	33 (100)	

* χ^2 test

Žene su značajno zadovoljnije svojim životnim postignućima (Mann-Whitney U test, P = 0,04) te pruženim zdravstvenim uslugama/medicinske sestre za razliku od muškaraca koji su djelomično zadovoljni (Mann-Whitney U test, P = 0,01) (Tablica 8).

Tablica 8. Zadovoljstvo smještajem u domu s obzirom na spol (N = 48)

Pitanje	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Kako ste zadovoljni svojim životnim postignućima?	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,04
Imate li dobre međusobne socijalne odnose sa ostalim korisnicima doma?	1 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,45
Zadovoljstvo pruženim zdravstvenim uslugama/medicinske sestre?	2 (1 – 3)	1 (1 – 1,5)	0,01
Kako ste zadovoljni sa sveukupnim osobljem u ustanovi?	1 (1 – 3)	1 (1 – 1,5)	0,14
Smatrate li da zaposlenici doma znaju vaše interese i što volite?	2 (1 – 4)	1 (1 – 2)	0,09
Smatrate li da vaš dom kao ustanova pokušava biti ugodno mjesto za posjete obitelji i prijatelja korisnika doma?	1 (1 – 4)	1 (1 – 1)	0,15
Kako ste zadovoljni prehranom/količinom obroka i kvalitetom?	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,10
Kako ste zadovoljni urednošću ustanove?	1 (1 – 2)	1 (1 – 1)	0,24
Kako ste zadovoljni brzinom i učinkovitosti rješavanja vaših prigovora?	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,09

*Mann-Whitney U test

Značajno više nepokretnih (potpuno ovisnih o pomoći druge osobe) ispitanika nisu zadovoljni smještajem za razliku od samostalnih ispitanika koji su zadovoljni smještajem (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više nepokretnih bolesnika žali se kako im je dosadno u slobodno vrijeme, za razliku od samostalnih ispitanika koji gledaju TV ili idu na organizirane izlaske (χ^2 test, $P = 0,001$). Značajno više samostalnih ispitanika koriste se mobitelom za razliku od nepokretnih ispitanika (χ^2 test, $P = 0,04$) (Tablica 9).

Tablica 9. Podatci o boravku u domu s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika				P*
		Samostal an/na	Uz pomoć pomaga la	Uz pomoć druge osobe	Potpun o ovisan/ a o drugo j osobi	
Dom u koji ste smješteni je:	Državni	20 (77)	5 (45)	1 (25)	3 (43)	0,07
	Privatni	6 (23)	6 (66)	3 (75)	4 (57)	
Razlog zbog kojeg ste uselili u dom	Ne mogu se više brinuti sam/a o sebi	24 (92)	9 (82)	3 (75)	7 (100)	0,19
	Da imam društvo	1 (4)	2 (18)	0 (0)	0 (0)	
	Na zahtjev moje djece	1 (4)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	
Jeste li zadovoljni smještajem u domu	Da	0 (100)	9 (82)	1 (25)	0 (0)	< 0,001
	Ne	(0)	1 (9)	1 (25)	4 (57)	
	Nisam siguran/na	0 (0)	1 (9)	2 (50)	3 (43)	
Na koji način provodite	Idem na organizirane izlaske/kino/kazalište/muze	4 (15)	2 (18)	0 (0)	0 (0)	0,001

Značajno više nepokretnih (potpuno ovisnih o pomoći druge osobe) ispitanika nisu zadovoljni smještajem za razliku od samostalnih ispitanika koji su zadovoljni smještajem (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno više nepokretnih bolesnika žali se kako im je dosadno u slobodno vrijeme, za razliku od samostalnih ispitanika koji gledaju TV ili idu na organizirane izlaske (χ^2 test, $P = 0,001$). Značajno više samostalnih ispitanika koriste se mobitelom za razliku od nepokretnih ispitanika (χ^2 test, $P = 0,04$) (Tablica 9).

Tablica 9. Podatci o boravku u domu s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika				P*
		Samostal an/na	Uz pomoć pomaga la	Uz pomoć druge osobe	Potpun o ovisan/ a o druvoj osobi	
svoje slobodno vrijeme?	Gledam TV	21 (81)	6 (55)	3 (75)	1 (14)	
	Dosadno mi je	1 (4)	3 (27)	1 (25)	6 (86)	
Koristite li se mobitelom?	Da	21 (81)	9 (92)	3 (75)	2 (29)	0,04
	Ne	5 (19)	2 (18)	1 (25)	5 (71)	
Koristite li se internetom?	Da	6 (23)	1 (9)	0 (0)	0 (0)	0,30
	Ne	20 (77)	10 (91)	4 (100)	7 (100)	
Ukupno		26 (100)	11 (100)	4 (100)	7 (100)	

* χ^2 test

Ispitanici koji su potpuno ovisni o drugoj osobi su značajnije nezadovoljni smještajem u domu za razliku od ispitanika koji su samostalni i potpuno zadovoljni smještajem (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$) (Tablica 10).

Tablica 10. Zadovoljstvo smještajem u domu s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	Samostala n/na	Uz pomoć pomaga la	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan/a o druvoj osobi	
Kako ste zadovoljni svojim životnim postignućima?	1 (1 – 1)	1 (1 – 2)	1,5 (1 – 3,5)	2 (2 – 3)	0,006
Imate li dobre međusobne socijalne odnose sa ostalim korisnicima doma?	1 (1 – 1)	2 (1 – 2)	2,5 (1,25 – 3,75)	4 (4 – 4)	< 0,001
Zadovoljstvo pruženim zdravstvenim uslugama/medicinske sestre?	1 (1 – 1)	2 (1 – 2)	3 (2,25 – 3)	3 (3 – 3)	< 0,001
Kako ste zadovoljni sa sveukupnim osobljem u ustanovi?	1 (1 – 1)	1 (1 – 2)	2,5 (2 – 3)	3 (3 – 3)	< 0,001
Smatrate li da zaposlenici doma znaju vaše interese i	1 (1 – 1)	2 (1 – 2)	3,5 (2,25 – 4)	4 (4 – 4)	< 0,001

Tablica 10. Zadovoljstvo smještajem u domu s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	Samostala n/na	Uz pomoć pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan/a o drugoj osobi	
što volite?					
Smatrate li da vaš dom kao ustanova pokušava biti ugodno mjesto za posjete obitelji i prijatelja korisnika doma?	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1,5 (1 – 3,5)	3 (3 – 4)	< 0,001
Kako ste zadovoljni prehranom/količinom obroka i kvalitetom?	1 (1 – 1)	2 (1 – 2)	2,5 (1,25 – 3)	3 (2 – 4)	< 0,001
Kako ste zadovoljni urednošću ustanove?	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	2 (2 – 2)	< 0,001
Kako ste zadovoljni brzinom i učinkovitosti rješavanja vaših prigovora?	1 (1 – 1)	1 (1 – 2)	2,5 (2 – 3,75)	3 (3 – 4)	< 0,001

*Kruskal-Wallis test

Značajno više nepokretnih (potpuno ovisnih o drugoj osobi) ispitanika nisu sigurni osjećaju li se sigurno u domu te nisu sigurno poštuju li se njihova privatnost i dostojanstvo (χ^2 test, $P < 0,001$) za razliku od samostalnih ispitanika. Značajno više samostalnih ispitanika osjećaju se bolje nakon dolaska u dom za razliku od ispitanika koji se kreću uz pomoć pomagala ili su ovisni o pomoći druge osobe (χ^2 test, $P = 0,005$) (Tablica 11).

Tablica 11. Zdravstveno stanje ispitanika s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika				P*
		Samostala n/na	Uz pomoć pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan/a o drugoj osobi	
Osjećate li se sigurno u domu?	Da	26 (100)	9 (82)	2 (50)	0 (0)	< 0,001
	Ne	0 (0)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	
	Nisam siguran/na	0 (0)	2 (18)	1 (25)	7 (100)	
Osjećate li se bolje, lošije ili je vaše zdravstveno stanje ostalo isto nakon dolaska u dom?	Osjećam se bolje	6 (23)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,005
	Osjećam se lošije	0 (0)	0 (0)	1 (25)	1 (14)	
	Zdravstveno stanje je ostalo isto	20 (77)	9 (82)	1 (25)	4 (57)	
	Nisam siguran/na	0 (0)	2 (18)	2 (50)	2 (29)	
Osjećate li da se poštuje vaša privatnost?	Da	26 (100)	9 (82)	2 (50)	0 (0)	< 0,001
	Nisam siguran/na	0 (0)	2 (18)	2 (50)	7 (100)	

Tablica 11. Zdravstveno stanje ispitanika s obzirom na stupanj samostalnosti (N = 48)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika				P*
		Samostalan/na	Uz pomoć pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan/a o drugoj osobi	
Osjećate li da se poštuje vaše dostojanstvo?	Da	26 (100)	9 (82)	2 (50)	0 (0)	< 0,001
	Nisam siguran/na	0 (0)	2 (18)	2 (50)	7 (100)	
Ukupno		26 (100)	11 (100)	4 (100)	7 (100)	

* χ^2 test

Statistički postupci

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom te medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlika između kategorijskih varijabli testirana je χ^2 testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele, numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju 3 i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Rasprava

Provedeno je istraživanje o zadovoljstvu kvalitetom života korisnika domova za starije i nemoćne. Uspoređeni su rezultati zadovoljstva smještajem s obzirom na dob, spol i stupanj samostalnosti. Svrha ovog istraživanja bila je pokazati jesu li, i u kojoj mjeri, korisnici domova za starije i nemoćne zadovoljni smještajem i pruženim uslugama, te kako procjenjuju svoju kvalitetu života tijekom boravka. Za potrebe ovog istraživanja korišten je strukturirani upitnik, a anonimnost podataka zajamčena je na način da je svaki ispitanik imao osiguranu privatnost tijekom pismenog odgovaranja na ponuđena pitanja. Također, kako bi izbjegli bilo kakvi vanjski utjecaji ispitanicima je na raspolaganju bio dostupan istraživač koji bi dodatno pojasnio eventualne nejasnoće. Nadalje, ispitanicima je pojašnjeno kako će rezultati biti zbrojno objavljeni te se ni na koji način neće moći odgovori moći dovesti u vezu s ispitanom osobom. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 48 ispitanika, korisnika doma za stare i nemoćne osobe, sa znatno većim udjelom osoba ženskog spola, njih 33 (69%), dok je samo 15 muških osoba sudjelovalo u istraživanju. Udio muških ispitanika je daleko manji te se prilikom istraživanja pokazalo kako je ženski dio korisnika domova više zainteresiran za samu komunikaciju s osobama koje provode istraživanje i voljniji za rješavanje anketnog upitnika. Najveći broj ispitanika njih 35 (73%) pripadao je dobnoj skupini od 80 do 89 godina starosti. Prema stupnju obrazovanja najzastupljeniji su bili ispitanici srednje stručne spreme, dok je prema duljini boravka najviše bilo korisnika sa tri i više godina.

Od ukupnog broja 36 (76%) ispitanih sudionika zadovoljno je smještajem u domu za starije i nemoćne osobe. Najveći broj ispitanika njih 40 (83%) smještaja i urednost ustanove navode kao najveće zadovoljstvo. Potom slijedi zadovoljstvo sveukupnim osobljem, pruženim zdravstvenim uslugama, te brzinom i učinkovitošću rješavanja prigovora. Rezultati našeg istraživanja su u suglasju s autorima Lovreković i Leutar koji su proveli slično istraživanje u Zagrebu na uzorku od 1955 ispitanika, te su pokazali da postoji pozitivna korelacija između

zadovoljstva životom u domu i zadovoljstva pruženim uslugama. Isti autori su mišljenja da starija osoba koja ne želi živjeti u domu teško da će iskazivati i bilo koja druga zadovoljstva vezana za boravak u istom (9).

Svojim životnim postignućima zadovoljno je 30 ispitanika (63%). Žene smještene u domovima za starije i nemoćne značajno su zadovoljnije životnim postignućima u odnosu na muškarce gdje je $p = 0,04$, dok je razlika za pružene zdravstvene usluge u korist žena iznosila $p = 0,01$. Dob i spol su najčešće istraživane korelate kada se istražuje zadovoljstvo životom općenito. I tu postoje brojni autori s oprečnim rezultatima. Chehregosha, Bastamian i Vahidian govore u prilog većeg životnog zadovoljstva žena (10), dok Fugl-Mayer i sur. (11) navode samo određene aspekte života u kojima su žene iskazale veće zadovoljstvo u odnosu na muškarce. Rezultati istraživanja o kvaliteti života koje je provela autorica Klarin upućuju na nepostojanje razlike s obzirom na spol (12). Da bi spol sam za sebe bio važan prediktor kvalitete života ne slaže se ni istraživač Vuletić (13). Međutim, prema Lovreković i Leutar, te Stiplošek Horvat, zadovoljstvo životnim postignućima, utjecat će na kvalitetu života kao i na veće zadovoljstvo uslugama u domovima (9,14). Na rezultate kakve smo dobili u našem istraživanju eventualno može utjecati znatno veći udio ženske populacije.

U istraživanju utvrđena je značajna statistička razlika $p = 0,01$ odlaska u organizirane izlaske poput kina, kazališta ili muzeja u korist žena u odnosu na muškarce. Također se statistički značajno više žene koriste mobitelom i internetom nego muškarci smješteni u domove za starije i nemoćne. Sasvim je jasno da tehnološki napredak i dostupnost informacija olakšava život te je današnja svakodnevica nezamisliva bez interneta i društvenih mreža (15). Neki autori poput Stojanović, Štambuk i Vejmelka promišljaju o korištenju modernih tehnologija za poboljšanje kvalitete života u starijoj životnoj dobi. Autori se pozivaju na poboljšanje kognitivnih funkcija korištenjem modernih tehnologija. Održavanje socijalnih kontakata u starijoj životnoj dobi je otežano, time se stvaraju uvjeti za socijalnu izoliranost, a posljedično tome i razvoj depresije što nesumnjivo vodi ka opadanju kvalitete života (16). Lovreković i Leutar, u svom istraživanju kvalitete života osoba smještenih u domovima za starije također iznose podatke koji govore da je (8,4%) sudionika jako nezadovoljno i nezadovoljno aktivnostima i druženjem u domovima. Isti autori navode da je financijska neovisnost, kao najlošije procijenjeni indikator kvalitete života značajno utjecao na dobivene rezultate. Kao drugi razlog autori navode nedostatak različitih sadržaja i moguću nezainteresiranost i neaktivnost starijih osoba (9). Slične rezultate o nezadovoljstvu provođenja smislenih aktivnosti kao i nezadovoljstvo individualnim pristupom nalazi Glavina u svom istraživanju na području Istarske županije (17).

U našem istraživanju ispitanici su prema stupnju pokretljivosti bili podijeljeni u četiri grupe. Najveći broj njih 27 (56%) bilo je samostalno, potom je bilo 10 sudionika, odnosno njih (21%) koji su koristili pomagala. Pomoć druge osobe zahtijevalo je 4 sudionika ili (8%), i 7 sudionika (15%) bilo je potpuno ovisno tuđoj pomoći. Schenk i suradnici u svom istraživanju navode kako je mobilnost za starije osobe u domovima presudna za kvalitetu života (18). Rezultati našeg istraživanja upućuju da su značajno više nezadovoljni smještajem bili ispitanici potpuno ovisni o tuđoj pomoći u odnosu na samostalne ispitanike, što je i očekivano. Prema rezultatima drugih istraživanja loše zdravstveno stanje, odnosno osobe koje se ne mogu brinuti o sebi, smanjene su aktivnost, te se time javlja socijalna izoliranost, što na kraju rezultira nižom kvalitetom života (19). Zdravlje predstavlja dimenziju kvalitete života koja je među najistraživanijima, a dobiveni zaključci ranijih istraživanja govore o opadanju zadovoljstva fizičkim zdravljem s porastom godina te se zbog toga smanjuje i zadovoljstvo vlastitim životom (20). Prema istraživanju koje je provedeno u Velikoj Britaniji anketirano je 200 korisnika domova za starije osobe. Autori su ispitivali ulogu fizičke aktivnosti, psihološke podrške i

kvalitete usluga u oblikovanju zadovoljstva životom korisnika. Rezultati istraživanja ukazuju da ispitanici koji su imali mogućnosti za fizičku aktivnost i koji su dobivali veću psihološku podršku od osoblja izvještavali su o višem zadovoljstvu životom. Međutim, manjak osobne autonomije i monotona svakodnevna rutina bili su negativno povezani s općim zadovoljstvom (21).

U našem istraživanju značajno više ispitanika ovisnih o pomoći druge osobe nisu sigurni osjećaju li se sigurno i domu i poštuju li se njihova privatnost i dostojanstvo. Prema Schenk i suradnicima sigurnost je dimenzija za koju su autori na temelju provedenih intervjua zaključili da obuhvaća dva aspekta. Prvi aspekt podrazumijeva financijsku sigurnost i neovisnost, a drugi osjećaj sigurnosti i zaštićenosti. Pod potonjim aspektom osobito se misli na zdravstvenu zaštićenost u smislu da se starije osobe u domu ne moraju brinuti o tome što će biti u slučaju da im pozli ili im se naglo pogorša zdravstveno stanje, jer znaju da je adekvatno osoblje u domu i da će im pružiti pomoć (18).

Prikazano istraživanje nakon analize podataka ima svoje manjkavosti. Ispitanici su odabrani slučajnim odabirom, odnosno korisnici domova za stare i nemoćne, koji su hospitalizirani unutar 30 dana gdje nismo dobili uvid u kvalitetu života u pojedinačnim ustanovama. Anketni upitnik nije sadržavao pitanja koja bi se odnosila na bračni status ispitanika koji može biti dodatni stresor i izvor nezadovoljstva ukoliko su ispitanici neposredno prije smještaja u dom za stare i nemoćne ostali bez supružnika. Buduća istraživanja bi mogla uključiti veći broj sudionika iz različitih institucija kako bi se bolje razumjeli faktori koji utječu na zadovoljstvo i zdravlje starijih osoba u različitim okruženjima institucionalizirane skrbi.

Zaključak

Starenje je složen proces koji uključuje biološke, psihološke i društvene aspekte. Iako je starenje prirodan proces, brzina i način na koji se odvija mogu značajno varirati među pojedincima i društvima. S obzirom na demografske promjene, potrebno je poduzeti mjere za prilagodbu društvenih i ekonomskih sustava na potrebe starije populacije. Zdravstvena skrb, socijalna uključenost i adekvatna politika mirovinskih sustava bit će ključni faktori u suočavanju s izazovima starenja stanovništva. Institucionalni smještaj starih osoba ključno je pitanje u kontekstu starenja stanovništva, i u Hrvatskoj i na globalnoj razini. Dok postoje brojne prednosti smještaja u domovima za starije osobe, poput stručne skrbi i socijalne interakcije, važno je riješiti izazove kao što su kvaliteta skrbi, preopterećenost osoblja i visoka cijena usluga. Na istraživanom području postoji potreba za poboljšanjem mogućim uvođenjem noviteta u domove i sve većim otvaranjem novih domova koji bi omogućili dostojanstvenu i bezbrižnu starost osobama treće životne dobi. Sve studije naglašavaju važnost socijalnih odnosa za zadovoljstvo životom starije populacije. Socijalna interakcija s obitelji, prijateljima i osobljem domova ključna je za emocionalnu dobrobit korisnika dok se dobro fizičko zdravlje i pristup kvalitetnoj medicinskoj skrbi smatraju važnim, ali su podređeni socijalnim i emocionalnim faktorima.

Literatura

1. World Population Ageing 2019. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
2. Državni zavod za statistiku (DZS) (2022). Statistički podaci o demografskoj strukturi Hrvatske.
3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
4. Bobić J. Subjective estimation of the quality of life in relation to neuroticism. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2012;63 Suppl 1:17-22. doi: 10.2478/10004-1254-63-2012-2141. PMID: 22548849.
5. World Health Organization (WHO). WHOQOL, User Manual, Division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva: WHO; 1998
6. Narodne novine (2014). Zakon o socijalnoj skrbi Republike Hrvatske.
7. Agencija za socijalnu skrb (2020). Istraživanje o institucionalnom smještaju starih osoba u Hrvatskoj. Agencija za socijalnu skrb.
8. Katalinić, D., Lukić, M., & Horvat, T. (2020). "Challenges in elderly care in Croatia." *Croatian Journal of Social Policy*.
9. Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19(1), 55-79.
10. Chehregosha M, Bastaminia A, Vahidian, F et al. Life satisfaction index among elderly people residing in Gorgan and its correlation with certain demographic factors in 2013. *Glob J Health Sci.* 2016;8:41-49
11. Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS. Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med.* 2002;34:239-246.
12. Klarin M – Telebar I. Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi – *Med Jad* 2019;49(1):5-13
13. Vuletić G. Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja *J. appl. health sci.* 2022; 8(2): 226-234
14. Stiplošek Horvat, B. (2017). Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za biomedicinske znanosti.
15. Matić, V. Dostupnost moderne tehnologije kod osnovnoškolaca viših razreda. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo Vol 12, Broj 47, 7. srpnja 2016.*
16. Stojanović, Z., Štambuk, A., Vejmelka, L. Pametno starenje: izazovi (ne)korištenja tehnologije. *JAHHR.Vol. 11/1.No. 21. 2020*
17. Glavina, S. (2019). Kvaliteta života osoba starije životne dobi smještenih u domovima za starije osobe na području Istarske županije (Završni rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek.
18. Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmei, A. i Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22(10), 2929-2938
19. Žganec, N., Rusac, S. i Laklija, M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.
20. Kovač, A. (2017). Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne. Završni rad. Osijek: Medicinski fakultet, Studij sestrinstva.
21. Robinson, C. A., & Thompson, R. S. (2018). Factors influencing life satisfaction in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 120-126.

SKRB NA KRAJU ŽIVOTA U KUĆI BOLESNIKA - PRIKAZ DVOGODIŠNJEG ISKUSTVA PRIVATNE POLIKLINIKE

Sažetak

Palijativna skrb predstavlja holistički pristup liječenju pacijenata s neizlječivim bolestima, s ciljem ublažavanja simptoma i očuvanja kvalitete života. U Hrvatskoj se razvija posljednjih tridesetak godina, no i dalje postoje izazovi poput nedostatka hospicija, palijativnih odjela te ograničene integracije unutar zdravstvenog sustava. Privatna poliklinika specijalizirana za palijativnu skrb u kući omogućila je bolju organizaciju i pravovremenu podršku bolesnicima kroz kontinuiranu dostupnost tima. Iskustvo iz prakse ukazuje na izraženu opiofobiju i stigmatizaciju palijative, što dovodi do odgode adekvatnog zbrinjavanja simptoma i uključivanja pacijenata u skrb. Obitelj ima ključnu ulogu u skrbi, no često dolazi do preopterećenja, što može zahtijevati institucionalizaciju bolesnika. Palijativna skrb također je primjer kvarterne prevencije, smanjujući nepotrebne medicinske intervencije i nuspojave lijekova. U Švedskoj je uveden termin napredna medicinska skrb u kući kako bi se smanjila stigmatizacija palijativne skrbi, što bi moglo biti korisno i u Hrvatskoj. U praksi se bolesnici rijetko uključuju u palijativnu skrb više od 12 mjeseci prije kraja života, a sve veći broj onkoloških pacijenata umire unutar šest mjeseci od pojave prvih simptoma. Pravovremena procjena, multidisciplinarni pristup i kontinuirana edukacija ključni su za daljnji razvoj palijativne skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb, napredna medicinska skrb u kući, skrbi na kraju života, opiofobija, kvarterna prevencija, multidisciplinarni pristup

Uvod

Palijativna skrb predstavlja holistički pristup liječenju pacijenata s neizlječivim i životno ugrožavajućim bolestima, s primarnim ciljem poboljšanja kvalitete života oboljelih, njihovih obitelji i njegovatelja. U Republici Hrvatskoj palijativna medicina razvija se posljednjih tridesetak godina, a među ključnim pokretačima njezina razvoja ističe se prof. dr. sc. Anica Jušić. Danas je palijativna skrb zakonski relativno dobro regulirana, što omogućava daljnji razvoj mobilnih palijativnih timova, hospicija i specijaliziranih palijativnih odjela unutar bolničkih sustava.

Unatoč postojanju navedenih struktura, u praksi se često susreće nedovoljna koordinacija između različitih pružatelja zdravstvene skrbi, uključujući liječnike obiteljske medicine, mobilne palijativne timove, zdravstvenu njegu u kući, službe fizikalne terapije, patronažne službe, hitnu medicinsku pomoć i bolničke odjele. Ograničenja zdravstvenog osiguranja

¹ Poliklinika Sveti Pelegrin, Zagreb, Hrvatska

² Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Katedra za kliničku medicinu, Osijek, Hrvatska

dodatno otežavaju cjelovitu skrb, što dovodi do situacija u kojima složenost zdravstvenog stanja pacijenta nadilazi mogućnosti odgovora zdravstvenog sustava.

Temeljni principi palijativnog pristupa uključuju ublažavanje simptoma, primjenu kratkotrajnih i učinkovitih terapijskih postupaka s minimalnim nuspojavama, brzi očekivani terapijski odgovor, multidisciplinarnu suradnju te donošenje odluka temeljenih na individualnoj prognozi pacijenta. Ključna je i kontinuirana reevaluacija terapijskih postupaka uz njihovu prilagodbu prema potrebama bolesnika.

U nastojanju da se unaprijedi dostupnost i kvaliteta palijativne skrbi, osnovana je prva privatna poliklinika specijalizirana za pružanje napredne medicinske skrbi u kućnom okruženju palijativnih bolesnika.

Početak rada poliklinike

Poliklinika djeluje na području grada Zagreba, pružajući specijaliziranu palijativnu skrb u kućnom okruženju pacijenata.

Početak rada bio je izazovan, prvenstveno zbog potrebe za nabavkom dodatne medicinske opreme uz onu osnovnu, propisanu zakonskim standardima za ordinacije obiteljske medicine. Logističke poteškoće dodatno su otežane činjenicom da su veletrgovine tek krajem 2024. godine implementirale sustav digitalnog naručivanja putem internetskih trgovina, no bez mogućnosti grafičkog prikaza artikala. Unatoč tome, predstavnici manjih distributerskih tvrtki pokazali su iznimnu susretljivost i spremnost na suradnju, čak i kod manjih narudžbi.

Ključni čimbenici u osiguravanju visokokvalitetne usluge pokazali su se proaktivan pristup, kontinuirano pretraživanje stručne literature te suradnja s predstavnicima medicinskog i farmaceutskog sektora. Također, proaktivna komunikacija i pravovremena povratna informacija bili su od iznimne važnosti u koordinaciji s ostalim dionicima u sustavu palijativne skrbi. Ovaj pristup ne samo da doprinosi unaprjeđenju skrbi, već predstavlja i značajnu priliku za edukaciju zdravstvenih djelatnika i šire javnosti o palijativnoj skrbi, mogućnostima liječenja te podršci koju je moguće pružiti teško bolesnim pacijentima i njihovim obiteljima u kućnom okruženju.

Zaposlenici i edukacija

Poliklinika zapošljava liječnika, specijalista radioterapije i onkologije, te prvostupnika/icu sestrinstva.

U svakodnevnoj praksi pokazalo se iznimno važnim da članovi tima međusobno nadopunjuju svoja znanja i vještine. Stoga je poželjno da i liječnik vlada tehnikama kao što su venepunkcija, postavljanje port igle, punkcija ascitesa i postavljanje urinarnog katetera. S druge strane, za medicinsku sestru, osim razvijenih komunikacijskih vještina, ključno je iskustvo u različitim područjima zdravstvene skrbi te dobro poznavanje funkcioniranja zdravstvenog sustava na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Također, nužno je razumijevanje lokalnih prilika, uključujući dostupnost zdravstvene njege, fizikalne terapije i medicinskih pomagala.

Kontinuirana edukacija i praćenje stručne literature iz područja palijativne medicine pokazali su se neophodnima za kvalitetan rad tima. Ovakav pristup pruža dodatnu perspektivu i omogućava nove uvide u složene situacije s kojima se palijativni tim susreće u svakodnevnoj

praksi. Time se ostvaruje višestruka korist – ne samo za pacijenta i njegovu obitelj, već i za sam tim te širu medicinsku zajednicu. Bez stalnog stručnog usavršavanja, postoji rizik od ulaska u rutinu, što može negativno utjecati na kvalitetu pružene skrbi. Učenje i profesionalni razvoj ne odvijaju se isključivo kroz formalnu edukaciju, već i kroz svakodnevni rad s pacijentima i njihovim obiteljima.

Jedan od izazova u unaprjeđenju palijativne skrbi u Hrvatskoj predstavlja nepostojanje specijalizacije ili napredne edukacije iz ovog područja. Nažalost, tek nekolicina europskih zemalja nudi specijalizaciju iz palijativne medicine, pri čemu i unutar tih zemalja postoje značajne regionalne razlike u dostupnosti i kvaliteti edukacije.

Krajem druge godine poslovanja, Poliklinika je započela suradnju s psihologom i dijetetičarom, što se pokazalo logičnim i vrijednim proširenjem tima. Psiholog trenutno prolazi postupak stjecanja odobrenja za rad u palijativnoj skrbi, što ga čini jednim od prvih stručnjaka u ovom specifičnom području u Hrvatskoj. Kao i u svim oblicima psihoterapije, palijativna psihološka podrška zahtijeva specifičan pristup, pri čemu su ključni izazovi ograničeno vrijeme za intervenciju te varijabilna razina motivacije pacijenata.

Uključivanje dijetetičara predstavlja sljedeći korak u unaprjeđenju skrbi. Palijativni bolesnici često su sarkopenični, nerijetko kahektični, te imaju poteškoće s unosom hrane i probavom, uključujući regulaciju stolice. Uloga dijetetičara u palijativnoj skrbi nije usmjerena na agresivne nutritivne intervencije, već na održavanje kvalitete života kroz adekvatnu kontrolu simptoma i osiguravanje nutritivnog komfora.

U pojedinim palijativnim timovima u inozemstvu, sastavni dio tima čini i duhovnik, koji pruža podršku pacijentima, njihovim obiteljima, njegovateljima te samom medicinskom timu. Kada se u kliničkoj praksi pojavi potreba za duhovnom skrbi, bolesnicima se savjetuje da potraže pomoć duhovnika, pri čemu tim često posreduje u inicijalnom kontaktu, vodeći računa o željama i potrebama pacijenata.

Organizacija rada i dostupnost tima

Način rada Poliklinike u velikoj je mjeri sličan organizaciji rada liječnika obiteljske medicine. Radni dan započinje pregledom medicinske dokumentacije i planiranjem dnevnih aktivnosti, nakon čega slijede kućni posjeti pacijentima. Smjena završava administrativnim zadacima, dok se u poslijepodnevним satima provode telefonske kontrole kod pacijenata s težim zdravstvenim stanjima. Osim redovitog radnog vremena, tim je organiziran u sustavu “pripravnosti”, što uključuje mogućnost dodatnih kućnih posjeta ili konzultacija izvan uobičajenog rasporeda. Ova fleksibilnost predstavlja značajnu prednost u odnosu na javni zdravstveni sektor.

Iako se očekivao veći broj hitnih poziva tijekom 24 sata, većina kontakata s pacijentima i njihovim obiteljima odvija se unutar redovnog radnog vremena. Unatoč tome, Poliklinika osigurava dostupnost tima pacijentima 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu, pružajući kontinuiranu skrb i podršku.

Kućni posjeti provode se u skladu s potrebama pacijenta – mogu ih obavljati liječnik i medicinska sestra zajedno ili samostalno, ovisno o složenosti situacije i vrsti medicinske intervencije. Ovakva organizacija rada omogućava pravovremenu i učinkovitu palijativnu skrb, prilagođenu individualnim potrebama bolesnika.

Prostor, oprema i mobilnost tima

Prostor ordinacije zadovoljava sve kriterije propisane za ordinacije obiteljske medicine i opće prakse, omogućujući adekvatno izvođenje medicinskih pregleda i administrativnih zadataka. Unutar ordinacije posebno je izdvojen veći ormar za medicinsku opremu i lijekove, čime se osigurava njihova neposredna dostupnost u svrhu pravovremenog ublažavanja simptoma kod pacijenata. S obzirom na specifične zahtjeve palijativne skrbi, brzina reakcije od ključne je važnosti, stoga je nužno da svi potrebni lijekovi i oprema budu uvijek pri ruci.

Uz optimalno organiziran prostor, važan čimbenik u pružanju kvalitetne palijativne skrbi predstavlja mobilnost tima. Kako bi se povećala učinkovitost i obuhvat skrbi na terenu, Poliklinika je trenutno u postupku nabave drugog vozila. Dodatno vozilo omogućit će brži dolazak do pacijenata te unaprijediti organizaciju kućnih posjeta, čime se osigurava veća dostupnost usluga i poboljšava kontinuitet skrbi.

Specifičnosti načina rada u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb zahtijeva holistički pristup, a prvi posjet uključuje sestrinsku procjenu, liječnički pregled, detaljnu anamnezu te upoznavanje s pacijentom i obitelji. U prosjeku traje 90 minuta, pri čemu ograničenje često predstavlja sposobnost bolesnika i obitelji da prihvate nove informacije.

Središnji koncept palijativne skrbi je totalna bol, koja obuhvaća medicinske, psihološke, socijalne i duhovne aspekte patnje. Kvalitetna anamneza često otkriva da simptomi nisu isključivo fiziološke naravi. Duhovna i egzistencijalna pitanja rijetko se očekuju u razgovoru sa zdravstvenim djelatnicima, ali pacijenti ih gotovo nikad ne odbijaju, stoga je važno da ih tim pravovremeno prepozna i otvori.

Detaljno praćenje simptoma, terapije i vitalnih parametara (urin, stolica, iskašljaj) ključno je za optimizaciju farmakoterapije. Kako bismo olakšali evidenciju, pacijentima i obiteljima osiguravamo terapijske liste i dnevnike.

Edukacija obitelji usmjerena je na upravljanje boli, primjenu lijekova, njegu, prehranu i hidraciju. Kroz praksu smo prepoznali važnost proaktivnog pristupa – redoviti telefonski kontakt neophodan je za kvalitetnu skrb, jer se oslanjanje isključivo na obiteljsku procjenu pogoršanja pokazalo nedostatnim.

Pacijente upućujemo na korištenje svih dostupnih resursa zdravstvenog osiguranja, iako povremeno nailazimo na administrativne prepreke. Obitelj je ključni resurs u skrbi na kraju života – ako su prisutna tri ili više radno sposobnih članova, pacijent će vjerojatno kraj života dočekati gdje želi, unatoč težini simptoma.

Ostvarena je kvalitetna suradnja s liječnicima obiteljske medicine, mobilnim palijativnim timovima i patronažnom službom, čime se osigurava cjelovita i koordinirana skrb.

Laboratorijska dijagnostika u palijativnoj skrbi

Laboratorijska dijagnostika pruža dodatni objektivni uvid u stanje pacijenta, olakšavajući procjenu pristupa i izradu plana skrbi. Iako se u skrbi na kraju života dijagnostičke pretrage koriste racionalno, opravdane su kada doprinose poboljšanju kvalitete života – prilagodbom

terapije (doziranje i izbor analgetika) ili dijagnosticiranjem stanja poput anemije, infekcije i hiperkalcemije, koja mogu značajno utjecati na stanje pacijenta.

Bolesnici koji su prije nekoliko mjeseci završili aktivno onkološko liječenje često nemaju aktualne laboratorijske nalaze, što otežava procjenu trenutnog stanja i prognoze. Ovisno o anamnezi i kliničkoj procjeni, krvne pretrage provodimo kada se očekuje korist za pacijenta.

Laboratorijski nalazi omogućuju precizniju procjenu hidracije, otkrivanje dobro kompenzirane teške anemije ili razlikovanje upalnih parametara uzrokovanih tumorom od infekcije. Također su ključni u dijagnostici delirija, pri čemu infekcije i elektrolitski disbalansi mogu biti reverzibilni uzroci.

U našoj praksi, laboratorijska dijagnostika značajno pomaže u donošenju kliničkih odluka. Međutim, dostupna je samo unutar 12 sati tijekom radnog dana i 5 sati subotom, što je u većini slučajeva dovoljno, ali ne uvijek.

Dodatna oprema u palijativnoj skrbi

Subkutani kateteri najčešće su korištena medicinska oprema, omogućujući primjenu hidratacije, simptomatske terapije i hitnih lijekova („just in case“ terapija) za kontrolu akutnih simptoma poput dispneje, jakih bolova, mučnine i povraćanja.

Elastomerne pumpe značajno olakšavaju primjenu analgetika, koanalgetika i drugih simptomatskih terapija, dok modeli s dodatnim bolusom omogućuju precizniju prilagodbu doze. Prijenosni koncentrator kisika koristi se kod bolesnika s izraženom dispnejom, olakšavajući disanje i oporavak od infekcija.

Prijenosni ultrazvuk omogućava neinvazivnu dijagnostiku i smanjuje potrebu za odlascima u bolnicu. Ključan je za postavljanje intravenskih katetera, procjenu i evakuaciju ascitesa i pleuralnog izljeva, dijagnozu duboke venske tromboze te orijentacijske preglede.

Hemoglobinometar pomaže u procjeni hitnosti potrebe za transfuzijom, dok je određivanje glukoze važno, osobito kod pacijenata na kortikosteroidnoj terapiji, gdje može doći do razvoja steroidnog dijabetesa.

Iako starija istraživanja nisu ukazivala na značajnu korist parenteralne prehrane, praksa pokazuje da u određenim situacijama može unaprijediti kvalitetu i trajanje života. Stoga osiguravamo parenteralnu prehranu, pumpu i svu potrebnu dodatnu opremu.

Centralni venski pristup (PORT) olakšava simptomatsku i suportivnu terapiju, uključujući nadoknadu volumena, parenteralnu prehranu i uzorkovanje krvi za laboratorijske analize. Redovito ga koristimo kod pacijenata koji ga imaju ugrađen.

Sklopivi stalak za infuziju drugo je najčešće korišteno pomagalo, primjenjivo za intravenske i subkutane infuzije.

Uz medicinsku opremu, veliku pomoć pacijentima i obiteljima pružaju tiskani i video materijali, omogućujući im da u vlastitom ritmu usvoje osnovne informacije i pripreme se za njegu. U pripremi je vlastita knjižnica s edukativnim sadržajem, uključujući praktične upute o njezi, fizikalnoj terapiji i drugim ključnim aspektima palijativne skrbi.

Pacijenti i organizacija skrbi

Tijekom dvije godine Poliklinika je skrbila za 196 pacijenata, od kojih su više od 80% činili palijativni onkološki bolesnici, uglavnom u terminalnoj fazi bolesti. Također, pružena je skrb za 12 neuroloških bolesnika, koji su u prosjeku bili pod nadzorom duže od tri mjeseca.

Opseg skrbi varirao je od nekoliko sati – kod hitnih intervencija za umiruće pacijente – do kontinuirane skrbi za visokofunkcionalne dementne bolesnike, koja je trajala više od godinu dana. Intenzitet skrbi također se razlikovao, od jednog posjeta i nekoliko telefonskih konzultacija u posljednjim tjednima do intenzivne podrške uz 24-satnu prisutnost medicinske sestre i učestale liječničke posjete u završnim danima života.

Iako se Poliklinika dosad nije koristila specijaliziranim softverskim rješenjem, rast opsega skrbi i potreba za optimizacijom usluga upućuju na važnost implementacije sustava koji bi objedinio administrativne funkcije, bilježenje simptoma i terapija te komunikaciju s pacijentima.

Izazovi i etička razmatranja u skrbi na kraju života

Prema istraživanjima i iskustvu, više od 90% bolesnika u Hrvatskoj želi umrijeti kod kuće. Tijekom razgovora s pacijentima i njihovim obiteljima otvara se i ovo pitanje, no važno je naglasiti da se situacija ne može uvijek predvidjeti. Iscrpljenost obitelji ili razvoj intenzivnih simptoma mogu zahtijevati stacionarni smještaj. Mali broj pacijenata izražava želju da kraj dočeka odvojen od obitelji.

Kvalitetna komunikacija, razumijevanje i strpljenje ključni su u ovim teškim trenucima. Planiranje, poštivanje želja bolesnika i obitelji te određena mjera asertivnosti i paternalističkog pristupa pomažu u donošenju odluka, posebno jer su bolesnici i njihove obitelji često preplavljeni emocijama i informacijama.

Jedno od najčešćih pitanja je procjena preostalog vremena života. Iako postoje nomogrami, u svakodnevnoj praksi nisu se pokazali praktičnima za prognozu u posljednjim tjednima, danima ili satima. Iskustvo i procjena kliničkih stanja poput jetrene insuficijencije, respiratornog zatajenja ili delirija omogućuju točnije predviđanje.

Često se postavlja i pitanje potrebe odlaska u hitnu službu, pri čemu bolesnici često izražavaju sumnju u korist takvog postupka, navodeći da bi radije preminuli kod kuće. Ipak, određene bolničke službe, poput transfuzijskih odjela, pokazale su se kao primjer dobre prakse u skrbi za palijativne pacijente, omogućujući brzu i učinkovitu pomoć. Sličan pristup mogao bi se proširiti na druge važne dijagnostičke i terapijske usluge poput radiološke i laboratorijske dijagnostike.

Zanimljivi uvidi iz prakse

Jedan od zanimljivih fenomena u palijativnoj skrbi jesu "tabu" teme, od kojih se na prvom mjestu nalazi morfin. Najčešće pitanje obitelji glasi: *"Mislite li da je došlo vrijeme za to?"* Zanimljivo je da sličnu reakciju izaziva i spominjanje medicinskog kreveta, dok lijekovi poput Sevredola i Oramorpha često nisu povezani s morfinom, iako sadrže isti aktivni sastojak. Također, obitelji rijetko razumiju da su mali analgetski kožni flasteri znatno potentniji od morfina. Opiofobija, odnosno strah od primjene opioida, primjetna je i kod dijela zdravstvenih profesionalaca, što može negativno utjecati na liječenje boli.

Slični nesporazumi prisutni su i među zdravstvenim djelatnicima, primjerice kada se manje doze alprazolama (0,25–1 mg) percipiraju kao slabiji lijek od oksazepama (10 mg), iako farmakološki učinak ne ovisi o veličini tablete. Nazogastrična sonda rijetko se koristi u palijativnoj skrbi, no posebno je zanimljivo da je pacijenti često odbijaju čak i u situacijama kada bi im mogla olakšati simptome, primjerice kod upornog povraćanja crijevnog sadržaja.

Vremensko uključivanje palijativne skrbi

Palijativna skrb u idealnom slučaju započinje u trenutku dijagnoze neizlječive smrtonosne bolesti. Međutim, praksa pokazuje da obitelji palijativnu skrb uključuju tek u završnoj fazi, prosječno četiri tjedna prije smrti.

Iako se na prvi pogled može činiti da bi ranije uključivanje bilo optimalno, za dio pacijenata i obitelji ovakav pristup može biti opravdan – omogućava očuvanje kvalitete života bez suvišnih medicinskih intervencija. U trenutku kada situacija nadmaši njihove mogućnosti, traže pomoć.

Zanimljivo je da pacijenti često umiru unutar tri dana nakon premještanja u stacionar, iako njihovo fizičko stanje prije premještanja ne ukazuje na skorbu smrt. Ovaj fenomen dodatno potvrđuje važnost psiholoških i emocionalnih čimbenika u posljednjim danima života.

Kada bi prema SPICT (Supportive and palliative care indicators tool) kriterijima, koji se uzimaju kao opće prihvaćeni za uključivanje bolesnika u sustav palijativne skrbi, uključili samo polovicu bolesnika prema kriterijima, ovaj nježni zdravstveni sustav bi kolabirao.

Prednosti za bolesnika

Jedna od ključnih prednosti za pacijente jest kontinuirana skrb istog tima, koji neograničeno komunicira sa svim sudionicima u zdravstvenom sustavu i dostupan je gotovo 24/7. Unatoč tome, postoji prostor za poboljšanje suradnje s javnozdravstvenim sustavom, što se potvrđuje i u literaturi iz zemalja s najrazvijenijom palijativnom skrbi.

Izazovi i planovi

Zbog nedostatka hospicija, palijativnih odjela i specijaliziranih smještajnih jedinica, obitelji se često odlučuju za smještaj teško bolesnih osoba u domove za starije, koji su najmanje prikladni za umiruće pacijente, osobito one s izraženim simptomima poput boli ili dispneje. Bolnički odjeli, osim onkoloških, također nisu optimalno rješenje. U posljednje dvije godine oko 10% naših pacijenata boravilo je na bolničkim odjelima tijekom završne faze bolesti.

Palijativna mreža u Hrvatskoj postupno se razvija kroz iskustvo i edukaciju. Nastojimo biti među predvodnicima tog procesa, potičući suradnju i pomicanje granica u skrbi za najteže bolesnike. Kroz svakodnevni rad i komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima, podižemo svijest o važnosti palijativne skrbi i njezinoj ulozi u očuvanju kvalitete života i dostojanstva pacijenata. Međutim, iskustvo pokazuje da usmena predaja nije dovoljna – ključni su praktični primjeri koji demonstriraju dobrobiti palijativnog pristupa.

Kroz međunarodne edukacije i stručne skupove stekli smo dojam da i u europskim zemljama postoje samo "otoci izvrsnosti" s visokom dostupnošću palijativne skrbi, dok prosječna razina skrbi u Hrvatskoj odgovara europskom standardu.

Multidisciplinarna suradnja, jedan od temelja palijativne medicine, u Hrvatskoj je i dalje iznimka, čak i u bolničkom sustavu. Na terenu je ona dodatno otežana, ali ipak ostvariva.

Jedan od izazova je i palijativna radioterapija, koja se u posljednja tri mjeseca života rijetko primjenjuje, iako postoji jasna medicinska indikacija, osobito kod teško pokretnih pacijenata koji su već izašli iz bolničkog sustava.

U budućnosti, Poliklinika planira proširiti skrb na neonkološke palijativne pacijente, s ciljem osiguravanja cjelovitije podrške svim osobama kojima je potrebna palijativna skrb.

Diskusija

Jedan od ključnih izazova u palijativnoj skrbi, kako u Hrvatskoj, tako i globalno, jest percepcija palijative kao isključivo terminalne skrbi, čime se uzročno-posljedično povezuje njezino prihvaćanje s približavanjem kraja života. Kao rezultat toga, bolesnici i njihove obitelji često odgađaju uključ enje u palijativnu skrb, smatrajući je posljednjim korakom u liječenju. U Švedskoj je ovaj problem djelomično riješen promjenom terminologije – umjesto "palijativne skrbi" koristi se izraz *napredna medicinska skrb u kući*, što bolje odražava njezinu svrhu i nije dodatno stigmatizirano.

Kvalitetan palijativni pristup ujedno predstavlja i primjer kvarterne prevencije, smanjujući prekomjerne medicinske intervencije, poboljšavajući kvalitetu života te optimizirajući farmakoterapiju kroz racionalnu uporabu lijekova. Naglasak na autonomiji pacijenta, informiranom pristanku i individualiziranom pristupu čini palijativnu skrb jedinstvenim oblikom medicinske podrške, koji ne samo da produžuje život u određenim slučajevima, već ga čini dostojanstvenijim i kvalitetnijim.

Pružanje palijativne skrbi – bilo da se naziva skrbi na kraju života ili naprednom medicinskom skrbi u kući – zahtjevan je i odgovoran zadatak, ponajviše zbog specifičnog i bliskog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji u najtežim trenucima. Iako je smrt neizbježna krajnja točka svakog palijativnog pacijenta, upravo period prije nje predstavlja najveći izazov za medicinski tim. Cilj je osigurati skrb uz što manje opterećenja za pacijenta i obitelj, s ograničenim dijagnostičkim mogućnostima, bez suvišnih lijekova i postupaka, ali uz pravovremenu reakciju na novonastale simptome, preciznu kliničku procjenu i prilagođenu komunikaciju.

Sam čin smrti, koji društvo doživljava kao gubitak i tragediju, za palijativni tim postaje svakodnevna realnost. No, kako bi tim dugoročno održao kvalitetu skrbi i izbjegao emocionalnu iscrpljenost, nužno je kontinuirano reevaluirati provedene postupke, učiti na eventualnim propustima i razvijati profesionalni, ali istovremeno empatičan pristup prema pacijentima i njihovim obiteljima.

Praksa pokazuje da se rijetki pacijenti uključuju u sustav palijativne skrbi više od 12 mjeseci prije kraja života. Dodatni izazov predstavlja sve veći broj bolesnika s fulminantnim tijekom malignih bolesti, posebice solidnih tumora, gdje pacijenti umiru unutar šest mjeseci od pojave prvih simptoma. Ovi trendovi dodatno naglašavaju potrebu za ranijom identifikacijom pacijenata kojima bi palijativna skrb mogla donijeti značajnu korist, ali i za poboljšanjem komunikacije unutar zdravstvenog sustava kako bi se palijativa percipirala kao kontinuirani oblik medicinske podrške, a ne isključivo kao skrb za umiruće.

Zaključak

Palijativna skrb ključna je komponenta suvremenog zdravstvenog sustava, usmjerena na kontrolu simptoma, očuvanje kvalitete života i individualiziranu skrb za pacijente. Unatoč njezinom razvoju u Hrvatskoj tijekom posljednjih tridesetak godina, i dalje postoje izazovi poput ograničene dostupnosti hospicija, specijaliziranih palijativnih odjela i nedostatne koordinacije unutar zdravstvenog sustava. Iskustvo iz specijalizirane poliklinike za palijativnu skrb u kući pokazalo je prednosti kontinuiteta istog tima, dostupnog gotovo 24 sata dnevno, što poboljšava ishod pacijenata i smanjuje nepotrebne medicinske intervencije. Međutim, opiofobija i percepcija palijativne skrbi kao isključivo terminalne često dovode do odgađanja njezina prihvaćanja od strane bolesnika i obitelji, čime se ograničava rana integracija palijativne i potporne skrbi. Uvođenje alternativne terminologije, poput izraza *napredna medicinska skrb u kući*, koji se koristi u Švedskoj, moglo bi smanjiti ove prepreke. Nadalje, palijativna skrb predstavlja primjer **kvarterne prevencije**, s naglaskom na racionalnu farmakoterapiju, smanjenje prekomjernih medicinskih postupaka i poštivanje autonomije pacijenata. Sve veća učestalost **fulminantnih malignih bolesti**, kod kojih pacijenti umiru unutar šest mjeseci od pojave prvih simptoma, dodatno naglašava potrebu za ranijim uključivanjem palijativne skrbi. U praksi se rijetko događa da pacijenti budu uključeni u palijativnu skrb dulje od 12 mjeseci prije kraja života, što ukazuje na potrebu za sustavnijom identifikacijom bolesnika koji mogu imati koristi od palijativnog pristupa. Multidisciplinarna suradnja, proaktivna kontrola simptoma i kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika ključni su za unapređenje palijativne skrbi. Budući napori trebali bi biti usmjereni na jaču integraciju palijative u javnozdravstveni sustav, unaprjeđenje edukacije medicinskih stručnjaka i šire populacije te proširenje skrbi na neonkološke palijativne bolesnike.

Reference:

Brkljačić M, Belev B, urednici. Palijativna medicina: temeljna načela i organizacija, klinički pristup terminalnom bolesniku, medicinska etika. Donja Lomnica: Markulin; Rijeka: Sveučilište u Rijeci; Zagreb: Zaklada Onkologija; 2013.

Brkljačić Žagrović M. Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2010 [pristupljeno 06.03.2025.];46(1):37-42. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/48835>

Ventura AD, Burney S, Brooker J, Fletcher J, Ricciardelli L. Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*. 2014;28(5):391-402. doi:10.1177/0269216313511141

Jušić A, et al. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga; 1995.

Jušić A. Hospicijski pokret u Hrvatskoj--ukratko [The hospice movement in Croatia--short review]. *Acta Med Croatica*. 2009 Oct;63(4):335-40. Croatian. PMID: 20034336.

Jušić A. Ključne etičke rasprave u hospicijskoj/palijativnoj skrbi [Key ethic discussions in hospice/palliative care]. *Acta Med Croatica*. 2008 Dec;62(5):447-54. Croatian. PMID: 19382626.

Jušić A, Persoli-Gudelj M. Croatia: development of a hospice movement and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Aug;24(2):180-2. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00467-0. PMID: 12231139.

Ebling Z, Katić M, Gmajnić R. Uloga obiteljskog liječnika u liječenju onkološkog bolesnika i skrbi o njemu. U: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada; 2010. p. 467-474.

Spary-Kainz U, Posch N, Siebenhofer A, Ožvačić Adžić Z, Zelko E. Exploring awareness and perceptions of palliative care: a descriptive cross-sectional survey study in Central Europe. *Croat Med J*. 2025 Feb 28;66(1):27-34. PMID: 40047159.

Kallis G, Hodge G, Wheat H, Oh TM, Pearce S. Exploring the challenges experienced by patients and families using palliative and end-of-life care services: A qualitative focus group study. *Palliat Support Care*. 2025 Mar 3;23:e70. doi: 10.1017/S1478951525000057. PMID: 40026034.

Gravdahl E, Steine S, Augestad KM, Fredheim OM. Use and safety of peripherally inserted central catheters and midline catheters in palliative care cancer patients: a retrospective review. *Support Care Cancer*. 2023 Sep 19;31(10):580. doi: 10.1007/s00520-023-08045-2. PMID: 37725150; PMCID: PMC10509059.

Rodríguez-Campos L, León MX, Bastidas A, Consuegra C, Umbacia MA, García A, Rodríguez D, Bruera E. Subcutaneous Administration of Medications and Fluids by Nonprofessional Caregivers at Home. *J Palliat Med*. 2023 Apr;26(4):497-502. doi: 10.1089/jpm.2022.0107. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36260386.

Bolela F, Lima R, Souza AC, Moreira MR, Lago AJO, Simino GPR, Araújo JS. Cancer patients in Palliative Care: occurrences related to venipuncture and hypodermoclysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3623. doi: 10.1590/1518-8345.5825.3623. PMID: 35976356; PMCID: PMC9364775.

Roubaud-Baudron C, Forestier E, Fraisse T, Gaillat J, de Wazières B, Pagani L, Ingrand I, Bernard L, Gavazzi G, Paccalin M. Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study. *Age Ageing*. 2017 Jan 8;46(1):151-155. doi: 10.1093/ageing/afw143. PMID: 28181635.

Ota KS, Schultz N, Segaline NA. Palliative Paracentesis in the Home Setting: A Case Series. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Aug;38(8):1042-1045. doi: 10.1177/1049909120963075. Epub 2020 Sep 30. PMID: 32996326.

Breakey N, Osterwalder J, Mathis G, Lehmann B, Sauter TC. Point of care ultrasound for rapid assessment and treatment of palliative care patients in acute medical settings. *Eur J Intern Med*. 2020 Nov;81:7-14. doi: 10.1016/j.ejim.2020.08.007. Epub 2020 Aug 15. PMID: 32807648.

Alt-Epping B, Sürig R, Lindena G, Nauck F; HOPE Kerndokumentationsgruppe. Wieviel Diagnostik braucht die Palliativmedizin? Ergebnisse einer multizentrischen Studie und Fallserie [How much diagnostics is required in palliative care? Results from a representative survey and own experiences]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2011 Nov;136(45):2297-301. German. doi: 10.1055/s-0031-1292042. Epub 2011 Nov 2. PMID: 22048934.

RANO PREPOZNAVANJE DEMENCIJE

Sažetak

Starenje donosi sa sobom mnoge bolesti, između kojih i demencije koje su postale svojevrsna epidemija i pogađaju veliki broj svjetskog stanovništva. Demencija je u kontinuiranom porastu, od nje pati čak 25 milijuna ljudi diljem svijeta, a očekuje se da će, samo ove godine, taj broj porasti za još četiri milijuna. Čak trećina ljudi starijih od 85 godina boluje od nekog tipa demencije. Vrlo je teško procijeniti da li je osoba samo smetena, dekoncentrirana ili postoji kontinuiran problem. Pacijenti se jave liječniku sa sumnjom na dementne tegobe tak kada ih okolina upozori da su smetnje češće i ponavljajuće, rjeđe kada sami prepoznaju simptome alarma. Stoga i liječnici i okolina trebaju kontinuirano promatrati, slušati i educirati starije osobe kako bi se u što ranijoj fazi detektirao problem demencije. Potrebno je obratiti pažnju na rane znakove: poremećaj ili gubitak kratkotrajnog pamćenja, poteškoće u komunikaciji, dezorijentiranost u vremenu i prostoru, otežana procjena, problemi s računanjem, zagubljene stvari, promjene u ponašanju i raspoloženju, promjene osobnosti, gubitak inicijative.

Glavne riječi: demencija, rano prepoznavanje

Abstract

Aging brings with it many diseases, including dementia, which has become a kind of epidemic and affects a large number of the world's population. Dementia is constantly increasing, as many as 25 million people worldwide suffer from it, and this year alone, that number is expected to increase by another four million. As many as a third of people over the age of 85 suffer from some type of dementia. It is very difficult to assess whether a person is simply confused, disoriented, or has an ongoing problem. Patients see a doctor with suspicion of dementia when their environment warns them that the disturbances are more frequent and recurring, less often when they themselves recognize the alarm symptoms. Therefore, both doctors and the environment should continuously observe, listen to, and educate older people in order to detect the problem of dementia at the earliest possible stage. It is necessary to pay attention to early signs: disturbance or loss of short-term memory, difficulties in communication, disorientation in time and space, difficult judgment, problems with calculation, lost things, changes in behavior and mood, personality changes, loss of initiative.

Keywords: dementia, early recognition

¹ Medicinski fakultet Osijek, ORCID: 0000-0003-2002-8898

Uvod

Rani znaci demencije

Vrlo je teško procijeniti da li je osoba samo smetena, dekoncentrirana ili postoji kontinuiran problem. Pacijenti se jave liječniku sa sumnjom na demenciju tak kada ih okolina upozori da su smetnje češće i ponavljajuće, rjeđe kada sami prepoznaju simptome alarma. Stoga liječnici, prije svega obiteljske edicine, trebaju kontinuirano promatrati, slušati i educirati pacijente kako bi se u što ranijoj fazi detektirao problem demencije. Potrebno je obratiti pažnju na rane znakove: poremećaj ili kratkotrajnog pamćenja, poteškoće u komunikaciji, dezorijentiranost u vremenu i prostoru, otežana procjena, problemi s računanjem, zagubljene stvari, promjene u ponašanju i raspoloženju, promjene osobnosti, gubitak inicijative. U slučajevima demencije u obitelji najvažnije je prepoznavanje „ključne osobe“ koja će otvoreno komunicirati o demencijom članovima obitelji (1). Stigmatizacije demencijom osoba može voditi do socijalne isključenosti i osamljenosti osoba koje već imaju kognitivne poteškoće. Stigma je problem i cijele obitelji jer i obitelj iz straha i srama skriva što se događa voljenoj osobi i često ne vjeruju da bi itko to mogao razumjeti. Zato se nerijetko unutar obitelji sakrivaju informacije o promjenama koje za člana obitelji znače rano prepoznavanje demencije. Tako se značajno kasni u intervenciji i povećava mogućnost brže progresije i težih simptoma u kasnijoj fazi bolesti (1).

Najčešći rani simptomi demencije:

- Zaboravljanje nedavnih događaja i imena
- Poteškoće u pronalaženju pravih riječi
- Zbunjenost pri procjeni udaljenosti ili prepoznavanju odraza
- Donošenje čudnih ili impulzivnih odluka
- Gubitak osjećaja za vrijeme i datume
- Ponavljanje istih pitanja ili izraza
- Odlaganje predmeta na neobična mjesta

Neki problemi s pamćenjem mogu pojaviti i do 15 godina prije postavljanja dijagnoze Alzheimerove bolesti. Kod nekih se to može očitovati kao poteškoće u pripremi jela koje su nekad znali napamet, dok se kod drugih primjećuje usporen govor.

Demencija nije samo poremećaj sjećanja, već utječe na sposobnost mišljenja, rasuđivanja te smanjuje stvaranje novih misli. No kod prvotnog dijagnosticiranja demencije, uvijek treba obratiti pozornost na pad sposobnosti mišljenja i pamćenja jer one neposredno dovode do narušavanja aktivnosti svakodnevnog života (2,3).

Jedan od ranih znakova demencije koji se lako može previdjeti je kako se osoba osjeća kada se ujutro probudi. Dokazana je moguća veza između jutarnje razdražljivosti i demencije. Osobe s demencijom imaju veću vjerojatnost da će se ujutro osjećati uznemireno, što može značajan dijagnostički alarm u ranom prepoznavanju bolesti.

Jutarnja uznemirenost može biti povezana s dnevnim ritmom tijela pod utjecajem demencije. Poremećaji u ciklusu spavanja i budnosti osobe česti su u slučajevima demencije. Mnogi pacijenti osjećaju dnevnu pospanost ili imaju probleme sa spavanjem noću, što može rezultirati preranim buđenjem.

Kao posljedice bolesti razlikuju se tri oštećenja:

- Agnozija – oštećena sposobnost identifikacije predmeta usprkos očuvanog osjeta,
- Apraksija – oštećena sposobnost izvođenja naučenih motoričkih zadataka usprkos očuvanoj motoričkoj funkciji,
- Afazija – oštećena sposobnost razumijevanja ili korištenja jezika koje mogu dodatno ograničiti funkcionalnu sposobnost.

Mogućnosti prevencije

Jedna od najučinkovitijih strategija je uravnotežena prehrana. Mediteranska prehrana posebno je povezana s boljim zdravljem mozga i sporijim napredovanjem Alzheimerove bolesti.

- Razno povrće, voće i začinsko bilje
- Cjelovite žitarice
- Zdrave masti, posebno ekstra djevičansko maslinovo ulje
- Riba i plodovi mora
- Orašasti plodovi, sjemenke i mahunarke
- Umjerena konzumacija mliječnih proizvoda, jaja i peradi

Osim prehrane, bitno je ostati fizički aktivan. Redovita tjelovježba može smanjiti rizik od demencije do 20 posto. Aktivnosti poput hodanja, plivanja ili pohađanja satova fitnessa izvrsni su načini da ostanete aktivni. Važno je pronaći oblik vježbanja koji se uklapa u vaš životni stil kako bi vam bilo lakše ostati pri toj rutini (1,3).

Mentalna aktivnost jednako je važna za zdravlje mozga. Uključivanje u zadatke koji izazivaju um, poput čitanja, učenja novih vještina, sviranja glazbenih instrumenata ili volontiranja, može održati mozak ostrim (1).

Promjene ponašanja i svakodnevnog funkcioniranja

Ako vi ili netko vama blizak počnete imati problema sa spavanjem, obavljanjem svakodnevnih zadataka ili primijetite povećanu razdražljivost, povučenost ili promjene u ponašanju – to također mogu biti znakovi kognitivnog pada. Jedan od simptoma koji nije dovoljno istraživani, niti toliko čest, ali sve više privlači pozornost znanstvenika, jest gubitak osjeta mirisa (4).

Ako ste stariji od 45 godina, znajte da su najveći čimbenici rizika za demenciju:

- Tjelesna neaktivnost
- Gubitak sluha
- Pretilost
- Visoki krvni tlak

Preporučuju se svakodnevne jednostavne aktivnosti za očuvanje zdravlja mozga: tjelovježbu, kvalitetan san, zdravu prehranu, društvenu uključenost, mentalne igre i redovite liječničke preglede.

Kognitivna rezerva

Niz aktivnosti koje se mogu provoditi, a najčešće su to uobičajene mjere zdravstvene pažnje, koje utječu na mogućnosti prevencije, odgodu pojave simptoma i njihov karakter. Aktivno se može utjecati na sedam pravila prevencije: kontrola krvnog tlaka i kolesterola, razina šećera u krvi, kvalitetan san, zdrava i šarena prehrana, nepušenje, društveni život, kontinuirano učiti nešto novo. Kognitivna rezerva stvara se cijeloga života - kroz formalno i neformalno obrazovanje, različite aktivnosti, učenje raznih vještina, izlaganje novim situacijama, ljudima i iskustvima općenito. Kod ljudi s manjom kognitivnom rezervom, simptomi će se pojaviti ranije, odnosno, već kod manjeg stupnja oštećenja mozga. Često primjenjivane metode su igranje igara protiv istog protivnika, najbolje umjetne inteligencije (šah, remi), rješavanje križaljki istog porijekla, matematičke igre iste razine. Tako se svakodnevno možete provjeravati i procijeniti da li se radi o umoru i stresu ili se obrazac smanjene kognitivne funkcije ponavlja. Ovaj alat preporuča se i osobama srednje životne dobi, kako bi se dnevno procjenjivala kognitivna rezerva ali i usvojila navika za ponašanje u starijoj životnoj dobi (3,4).

Zaključak

Kognitivno propadanje ne mora nužno biti dio starenja. Postoje uspješni alati kao pomoć u prevenciji i ranom prepoznavanju demencije. Određeni čimbenici načina života imaju veći utjecaj od naših gena na to hoćemo li razviti bolesti povezane s pamćenjem. Briga za starije i oboljele od demencije treba uključivati aktivno nastojanje da se promijeni negativna slika o starijim osobama i starenju koje trenutno postoji u društvu. Događa se nagli porast starijeg stanovništva i životni vijek je produžen. Važan dio prevencije je uklanjanje stigmatizacije, kako u obitelji, tako i u društvu, ali i kod zdravstvenih profesionalaca.

Važno je u obitelji prepoznati ključnu osobu koja ima ulogu onoga tko demenciju prepoznaje i na pravi način komunicira o bolesti. Za to su potrebna specifična znanja koja prevazilaze okvire obiteljske skrbi i empatije. Preporuča se da se svaka obitelj educira o znacima demencije, suživotu s dementnim osobama i mogućim komplikacijama. Dobro je prepoznati ključnog člana obitelji koji će na pozitivan način pristupiti dementnom članu, steći povjerenje i predlagati rješenja i odluke, koje nisu uvijek jednostavne ni lagane.

Promjene koje ukazuju na pojavu demencije najprije uoče članovi obitelji. Suživot starijih i mlađih članova obitelji ima velikih prednosti i po koji nedostatak. Dugogodišnji zajednički život omogućuje fino uočavanje promjena, ali ima i opasnost da se na promjene privikne, pa ih se ne uzima za ozbiljno

Literatura

1. Štambuk, A. i Ivančić, I. (2022). (Anti)stigma osoba s demencijom. Ljetopis socijalnog rada, 29(1), 7-30.
2. Bošnjak Poljanac, Tanja (2018). Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i njihovu obitelj.
3. Bernarda Lusch. Kognitivna rezerva - što je to i kako ju možemo povećati?
4. Yaakov Stern, Cognitive Reserve, 2009.

KVALITET ŽIVOTA I SOCIJALNI IZAZOVI GERIJATRIJSKE SKUPINE

Sažetak

U posljednjih sto godina, životni vijek se značajno produžio. U populaciji se povećava postotak osoba starije životne dobi koje su pogođene raznim hroničnim bolestima. S padom funkcionalne sposobnosti starijih osoba, postaje očigledna sve veća potreba za njegom i podrškom. U cilju da se što je moguće veći broj starijih ljudi zadrži u svom poznatom okruženju, razvijaju su različiti oblici socijalne njege i pomoći iz socijalno-zdravstvenog aspekta. Briga o starijoj populaciji predstavlja odgovoran i časan posao, jer se bavi procesom starenja koji niko ne može zaustaviti niti izbjeći. U našoj studiji, najviše je zastupljeno ženskih ispitanika, dobi od 71-75 godina. Većina ispitanika je imala završenu srednju školu. Većinki dio ispitanika je zadovoljan komunikacijom i podrškom porodice i okoline, dok manji dio njih je imao rijetku ili vrlo rijetku komunikaciju te su se čak osjećali izolovano. Također, veći dio ispitanika nije imao problema sa obavljanjem kućanskih aktivnosti i dobre su pokretljivosti. Smatra se da se neophodna podrška i razumijevanje okoline i društva za gerijatrijsku skupinu. Potrebno je nastaviti reformirati postojeće organizacije i modele zdravstvene njege za starije osobe, oslanjajući se na koncept zdravog starenja. Također, važno je podržati i povećati socijalne usluge, prvenstveno pomoć u kući, zbog dugoročno neizbježnog integrisanja zdravstvenih i socijalnih usluga za iznemogle starije osobe. Prevencija socijalne izolacije i isključenosti starijih osoba zahtijeva sistemске intervencije, s posebnim naglaskom na brigu o demenciji. Ne smije se zanemariti sve prisutnija stigmatizacija na temelju dobi, ageizam, kao i izloženost starijih osoba zlostavljanju i zanemarivanju.

Ključne riječi: starenje, gerijatrija, zdravlje starijih osoba, socijalni izazovi.

QUALITY OF LIFE AND SOCIAL CHALLENGES OF THE GERIATRIC GROUP

Abstract

In the last hundred years, life expectancy has increased significantly. The percentage of elderly people affected by various chronic diseases is increasing in the population. As the functional capacity of the elderly declines, an increasing need for care and support becomes apparent. With the aim of keeping as many elderly people as possible in their familiar environment, various forms of care and assistance from the social-health aspect have been developed. Caring for the elderly population is a responsible and honorable job, because it deals with the aging process that no one can stop or avoid. In our study, the majority of respondents were female, aged 71-75 years. Most of the respondents had completed high school. The majority of

¹ Mr.ph. Anela Arnautović, viši asistent Evropski univerzitet "Kallos" Tuzla, European University "Kallos" Tuzla

respondents were satisfied with the communication and support of their family and surroundings, while a smaller part of them had rare or very rare communication and even felt isolated. Also, most of the respondents had no problems with performing household activities and have good mobility. It is considered that support and understanding of the environment and society is necessary for the geriatric group. It is necessary to continue to reform the existing organizations and models of health care for the elderly, relying on the concept of healthy aging. Also, it is important to support and increase social services, primarily help at home, due to the long-term inevitable integration of health and social services for frail elderly people. Prevention of social isolation and exclusion of the elderly requires systemic interventions, with special emphasis on dementia care. The ever-present stigmatization based on age, ageism, as well as the exposure of older persons to abuse and neglect, must not be ignored.

Key words: aging, geriatrics, health of the elderly, social challenges

1. UVOD

Starenje utiče na svakog muškarca, ženu i dijete, čak i na nerođene. Ono ima značajan uticaj na ekonomsku, gospodarsku i socijalnu strukturu cjelokupne populacije, kao i na zdravstveni sistem svake nacije. Razumijevanje starenja i starosti neprekidno se povećava i mijenja, posebno u razvijenim zemljama. Udio starijeg stanovništva u svijetu raste iz dana u dan. To je rezultat poboljšanih životnih uslova i unapređenja kvalitete zdravstvene njege, što produžava životni vijek. U 20. vijeku, prosječna dužina života iznosila je oko 47 godina, dok danas iznosi 74 godine za muškarce i 79 godina za žene. Bosna i Hercegovina se nalazi među deset zemalja s najstarijim stanovništvom. Ovaj fenomen uzrokovan je poboljšanjem kvalitete života i ukupnog životnog vijeka, kao i kontinuiranim smanjenjem stope fertiliteta. Demografske projekcije ukazuju na to da će starenje i depopulacija ostati glavno obilježje stanovništva BiH i u narednih trideset godina. Pored demografskih, postoje i brojne ekonomske, socijalne i druge posljedice. Starenje populacije predstavlja fenomen koji značajno utiče na različite društvene aspekte i ekonomiju: stanovanje, zdravstvenu zaštitu i socijalnu pomoć, tržište rada, potražnju za uslugama, makroekonomsku i fiskalnu održivost, porodične strukture i međugeneracijske odnose. Starenje predstavlja ekonomski izazov jer stvara pritisak na ekonomski rast, smanjuje dostupnost radne snage, povećava posocijalne i zdravstvene troškove te ugrožava održivost državnih proračuna. Kao rezultat toga, povećava se zakonom propisana dob za odlazak u penziju, a iznosi penzija se smanjuju. S druge strane, starenje stanovništva može potaknuti razvoj novih usluga u zdravstvenoj i socijalnoj njezi ili integrisanih usluga prilagođenih potrebama starije populacije. Ipak, neosporno je da smanjenje broja i udjela radno aktivnog stanovništva otežava osiguranje njege za sve veći broj osoba starije životne dobi. Naime, duži životni vijek ne podrazumijeva nužno i zdraviji ili nezavisniji život, što dovodi do rizika da penzioneri, zdravstveni i sistemi dugotrajne njege postanu finansijski neodrživi. Mnoge naučno potvrđene činjenice ukazuju na to da su stariji ljudi osjetljiva skupina unutar populacije, što je rezultat učestalijih zdravstvenih poremećaja, smanjenih funkcionalnih sposobnosti, nižeg ekonomskog statusa, socijalne izolacije te ograničenih mogućnosti slobodnog izbora u zadovoljavanju javnozdravstvenih potreba. Duži fizički život često se povezuje s gubitkom dostojanstva i socijalnom „smrcu“, što može dovesti do pogoršanja zdravstvenog stanja i smanjenja funkcionalnih sposobnosti starijih osoba. Tradicionalna porodica, koja je nekada bila glavni oslonac za brigu o starijim članovima društva, danas se gotovo raspala, a dio te odgovornosti preuzele su institucije. Institucionalni smještaj starijih osoba, kao dominantan oblik njege, često predstavlja jedinu dostupnu alternativu. U posljednjim godinama, različiti

oblici izvaninstitucionalne njege, poput gerontoloških centara, udomiteljstva i programa međugeneracijske solidarnosti, postaju sve važniji. Izvaninstitucionalno zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba nudi brojne prednosti u poređenju sa smještajem u institucijama, omogućavajući starijim osobama da duže ostanu u svom domu i zadovolje specifične potrebe unutar lokalne zajednice.

2. POJAM STAROSTI I STARENJA

Važno je razlikovati starenje od starosti. Starenje se odnosi na proces u kojem dolazi do promjena u funkcijama s obzirom na dob. Obično se razlikuju tri osnovna aspekta starenja:

- biološki: promjene, usporavanje i opadanje funkcija organizma s vremenom;
- psihološki: promjene psihičkih funkcija i adaptacija ličnosti na proces starenja;
- socijalni: promjene u odnosu između pojedinca koji stari i društva u kojem živi.

Starost se opisuje kao završna faza razvoja u životnom ciklusu pojedinca, a može se utvrditi na osnovu hronološke dobi (npr. poslije 65. godine života), po socijalnim ulogama ili statusima (npr. poslije penzionisanja) ili po funkcionalnim statusima (npr. poslije određenog stepena opadanja sposobnosti). Zajednička svim ovim kriterijima je činjenica da je starost razdoblje kroz koje prolazi razvoj svakog pojedinca, bez obzira na spol, rasu ili ekonomski status, a u koje se ulazi u određenom trenutku.² U definisanju starenja postoje brojne poteškoće, prvenstveno zbog nedostatka konačnog odgovora na pitanje o suštini starenja. Stoga se različite definicije starenja pojedinca razlikuju, kako zbog fokusa istraživača na određena naučna područja (biološko, psihološko, sociološko), tako i zbog razlika među društvima i kulturama. Pojam starenja obično nosi dvije osnovne negativne konotacije. Prva se odnosi na propadanje i slabljenje, dok se druga povezuje sa starošću, odnosno hronološkom dobi kao ključnom odrednicom promjena u procesu starenja. Kako bi se izbjeglo poistovjećivanje starenja s propadanjem, bilo bi korisnije povezati

pojam starenja s pojmom razvoja ili promjene, čime se naglašava proces. Promjena se može manifestovati u različitim razdobljima životnog vijeka, a može se očitovati na različite načine u smislu smjera, raspona ili intenziteta, ovisno o specifičnoj pojavi, primjerice, o inteligenciji ili

zadovoljstvu životom. Dakle, kada se razmatra proces starenja, preporučuje se izbjegavanje primjene strogih kriterija kao što su jednosmjernost, nepovratnost i općenitost, iako se oni mogu odnositi na određene promjene, u specifičnim historijskim periodima ili kod pojedinaca. Na primjer, danas znamo da neki oblici inteligencije u starijem uzrastu ne moraju nužno opadati, već mogu čak i rasti. Uzrok opadanja inteligencije može se u nekim slučajevima otkloniti, na primjer, ako se sposobnost smanjuje zbog problema s protokom krvi u mozgu. Gledajući iz historijske perspektive, moguće je da je inteligencija u prethodnim generacijama opadala u starosti zbog ograničenih mogućnosti obrazovanja ili zbog očekivanja društva tog vremena da starije osobe prestanu s intelektualnim aktivnostima³. Što se tiče druge negativne konotacije, starenje je povezano s hronološkom dobi, ali se ne može potpuno poistovjetiti s

² Larrabee Sonderlund, A., Thilsing, T., Sondergaard, J. (2019). *Should social disconnectedness be included in primary-care screening for cardiometabolic disease? A systematic review of the relationship between everyday stress, social connectedness, and allostatic load*. Copenhagen: University of Southern Denmark. 14(1), 99-106.

³ Matthews, T., Bryan, B.T., Danese, A., Meehan, A.J., Poulton, R., Arseneault, L. (2022). *Using a Loneliness Measure to Screen for Risk of Mental Health Problems: A Replication in Two Nationally Representative Cohorts*. London: Int J Environ Res Public Health. 27(1), 37.

njom. Prvo, teško je precizno odrediti kada starenje zapravo počinje. Osim što se proces starenja značajno razlikuje među pojedincima, postoje i velike varijacije unutar svakog pojedinca. Na fiziološkoj razini, različiti organski sistemi ne stare istovremeno, niti istim redoslijedom ili brzinom. Na psihološkoj razini, razlike su još izraženije, bilo unutar pojedinca ili među različitim osobama. Na socijalnoj razini, postoje značajne kulturne i povijesne razlike u načinu na koji se proces starenja odvija. Hronološka dob može biti koristan organizacijski pokazatelj samo ako su intraindividualne promjene unutar pojedinca dovoljno homogene da pokažu visoku korelaciju između hronološke dobi i promjene koja se proučava⁴.

2.1. Kvalitet života i potrebe gerijatrijske skupine

Kvalitet života postao je predmet interesa različitih naučnih disciplina, uključujući psihologiju, biometriju, filozofiju, socijalne nauke, medicinu i druge. Pitanje šta čini ličnu kvalitetu života posebno je aktuelno u posljednjoj deceniji i privlači pažnju mnogih istraživača iz više razloga. Prvo, s porastom broja osoba treće životne dobi javlja se potreba za reorganizacijom zdravstvene njege i pomoći tim osobama. Drugo, medicinske nauke su uspjele produžiti životni vijek pojedinaca, ali ne nužno i poboljšati kvalitet njihovog života. Treće, globalizacija je povećala razinu takmičenja među državama u različitim područjima, uključujući i ispitivanje kvaliteta života njihovih građana. Kvalitet života nije moguće jednostavno i sigurno definisati. U literaturi se može pronaći mnoštvo definicija ovog pojma. Kvalitet života često se poistovjećuje s konceptima subjektivnog blagostanja, zadovoljstva životom i subjektivne kvalitete. Također, kvalitet života starijih osoba povezuje se s terminima poput „uspješno starenje“, „pozitivno starenje“ i „zdravo starenje“. Kvalitet života je za svaku osobu jedinstven, a samo pojedinac može precizno odrediti šta za njega znači kvalitet. Treća životna dob ne bi trebala biti doživljena kao čekaonica bez povratka, već kao vrijeme za smiren i ispunjen život, za aktivnosti i kreativnost koje su prikladne za tu fazu života. Život starijih osoba treba biti dostojanstven. Briga o zdravlju starijih zahtijeva multidisciplinarni pristup stručnjaka, jer kvalitet njihovog života zavisi ne samo od zdravstvenog sistema, već i od socijalne njege, obrazovanja i nauke, penzionog i invalidskog osiguranja, gospodarstva, te rada raznih udruženja penzionera, mladih, vjerskih i humanitarnih organizacija. Nezadovoljavanje potreba doprinosi razvoju patologije i smanjenju dobrobiti. Starije

osobe predstavljaju osjetljivu grupu čije su potrebe raznolike, specifične i neodvojive. Obično se klasifikuju u zdravstvene, socijalne i ekonomske potrebe. Ove potrebe su međusobno povezane i isprepletene, te u suštini čine jedinstvenu cjelinu⁵. Procjena potreba starijih osoba nije sama sebi svrha, već služi kao sredstvo za unaprijeđenje kvaliteta života svih starijih osoba putem planiranih intervencija prilagođenih potrebama pojedinca i njegove porodice. Svjetska zdravstvena organizacija ističe da se potrebe starijih osoba moraju zadovoljiti kroz sveobuhvatne sisteme. U okviru sistema socijalne njege, potrebe starijih osoba zadovoljavaju se putem novčanih naknada i socijalnih usluga. Uzimajući u obzir demografske trendove prilikom utvrđivanja potreba starijih osoba, važno je razmotriti podjelu starijih osoba prema dobnim skupinama (mlađa, starija i stara). Tako se broj osoba u starijoj dobnj skupini (75-84 godine) i staroj dobnj skupini (85 i više godina) povećava, dok broj mlađe dobne grupe (65-

⁴ Gabarrell-Pascuet, A., Moneta, M.V., Ayuso-Mateos, J.L., Miret, M., Lara, E., Haro, J.M. (2022). *The effect of loneliness and social support on the course of major depressive disorder among adults aged 50 years and older: A longitudinal study*. Barcelona: Universitat de Barcelona. 24(3), 61-69.

⁵ McGrath, R., Al Snih, S., Markides, K. et al. (2019). *The burden of health conditions for middleaged and older adults in the United States: disability-adjusted life years*. North Dakota: North Dakota State University Fargo.

74) opada. Analizirajući potrebe starijih osoba, može se primijetiti da mlađa starosna skupina, uz očuvano zdravlje, ne postavlja velike zahtjeve prema društvu u pogledu osiguranja pomoći i usluga. Ova skupina je najčešće aktivna, bilo u društvenom životu ili unutar porodice, pomažući u čuvanju i odgoju unučadi. Stoga bi prilikom izrade radnog zakonodavstva trebalo razmotriti mogućnost kreiranja fleksibilnih modela koji bi omogućili da se potencijal ove dobne skupine maksimalno iskoristi. Srednja starosna skupina, s obzirom na svoju dugovječnost i često prisutne fizičke slabosti i nemoć, kao i razne bolesti, postavlja određene zahtjeve pred porodicu i društvo. To je period kada obično završavaju porodične obaveze vezane uz čuvanje i odgoj unučadi, a njihova djeca su često zauzeta problemima vezanim uz posao i vlastite životne uslove, što ih dovodi u situaciju "sendvič generacije" kada briga o roditeljima postaje dodatni teret. To je period u životu kada se najčešće gube životni partneri. Osobe srednje dobi obično su donekle funkcionalno očuvane i ne zahtijevaju svakodnevnu cjelodnevnu njegu i brigu, ali uz određenu pomoć mogle bi uspješno zadovoljiti sve svoje potrebe⁶. Stoga je važno razvijati usluge u zajednici kako bi im se osigurao bolji kvalitet života. Neka istraživanja o dugotrajnoj njezi za starije osobe smatraju demografske promjene prilikom za zapošljavanje mladih generacija, jačanje međuljudskih odnosa i poboljšanje opće dobrobiti. Ističu se sljedeći prediktori koji ukazuju na izraženije potrebe za uslugama njege: samoprocjena zdravlja, funkcionalna sposobnost, psihosomatske tegobe i zadovoljstvo životom. Zapravo, lošija samoprocjena zdravlja i funkcionalne sposobnosti, učestalije psihosomatske tegobe i veće nezadovoljstvo životom značajno predviđaju potrebe starijih za uslugama socijalne njege⁷. Spol, samostalno življenje, poteškoće u korištenju javnog prijevoza i lošije zdravstveno stanje mogu ukazivati na potrebu za podrškom u svakodnevnom životu. Rezolucija UN-a o njezi za starije osobe naglašava važnost smanjenja osjećaja marginalizacije, izolacije i zaboravljenosti među starijim osobama, te poticanje donošenja mjera protiv njihovog zlostavljanja, siromaštva i zanemarivanja. Svjetska zdravstvena organizacija promiče holistički pristup njezi koji uključuje perspektive starijih osoba, njihovih porodica i zajednice.

2.2. Fiziološke promjene u starijoj dobi

Proces starenja donosi smanjenje koštane i mišićne mase, uz istovremeno povećanje potkožnog masnog tkiva, što rezultuje višim rizikom od prijeloma, smanjenjem kvaliteta života i gubitkom neovisnosti. Fiziološke, biohemijske i morfološke promjene u skeletnim mišićima dovode do smanjenja snage i izdržljivosti. Smanjenje skeletne mišićne snage s godinama ovisi o genetskim, prehrambenim i okolišnim faktorima, kao i o kvaliteti života. Gubitak mišićne snage uzrokuje poteškoće u fizičkoj pokretljivosti i svakodnevnim aktivnostima. Integritet mišićnih ćelija narušava se uslijed stvaranja toksina i hemikalija u tkivima i tijelu. Fiziološke promjene u mišićima pogoršavaju se neurološkim promjenama koje prate stariju dob. Tjelesna aktivnost opada zbog načina života, a većina mišićnih aktivnosti postaje manje učinkovita i slabije reaguje zbog smanjenja nervne aktivnosti i provodljivosti nerava. S godinama se smanjuje ukupni sadržaj vode u tkivima, a gubitak hidratacije dodatno pogoršava situaciju. Također, u starijoj dobi može doći do nedostatka određenih minerala poput kalcija, fosfora i

⁶ Santos-Olmo, AB., Ausín, B., Muñoz, M. (2022). *People over 65 Years Old in Social Isolation: Description of an Effective Community Intervention in the City of Madrid (Spain)*. Madrid: Int J Environ Res Public Health. 73(2), 2-10.

⁷ Moshtagh, M., Salmani, F., Moodi, M., Miri, MR., Sharifi, FA. (2022). *Perspective on the sense of loneliness and its determinants in Iranian older people*. Tokio: Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society. 55(10), 82.

hroma, što može biti rezultat probavnih problema povezanih s godinama. To može dovesti do neravnoteže u proizvodnji hormona kao što su kalcitonin i paratireoidni hormon, koji regulišu razinu vitamina i minerala u serumu, ili može uzrokovati smanjenu apsorpciju. Promjene u kostima, mišićima i zglobovima tokom starenja povezane su s gubitkom tjelesne visine. Nakon 40. godine života, prosječno se gubi oko 1 cm visine. Do 80. godine života, moguće je izgubiti između 2,5 i 7,5 centimetara u tjelesnoj visini. Promjene u tjelesnoj težini tokom starenja razlikuju se između muškaraca i žena. Povećanje tjelesne mase rezultat je rasta masnog tkiva, što je povezano s hormonskim promjenama i smanjenjem kalorijske potrošnje u starijoj dobi⁸.

Sa starenjem dolazi do promjena u kardiovaskularnom sistemu, što rezultuje promjenama u fiziologiji srca i krvnih sudova. Promjene povezane sa starenjem uključuju smanjenje elastičnosti i povećanje krutosti zidova arterija. Kao posljedica toga, dolazi do povećanog opterećenja na lijevoj komori, porasta krvnog pritiska i hipertrofije lijeve komore srca. Također, bazalna srčana frekvenca se smanjuje. U starijoj dobi, reakcija na stimulaciju beta adrenergičkih receptora, reaktivnost na baroreceptore i hemoreceptore je smanjena, dok se povećava razina cirkulirajućih kateholamina. Ove promjene mogu uticati na razvoj hipertenzije, dijastolne disfunkcije, zatajenja srca, oštećenja atrioventrikularne kondukcije i kalcifikacije zida aorte.

Strukturne promjene respiratornog sistema u starijoj dobi obuhvataju deformacije zida grudnog koša i torakalne kičme, što narušava ukupno funkcionisanje sistema i dovodi do povećanog opterećenja respiratornog sistema. Parenhim pluća gubi svoju potporu, što uzrokuje dilataciju zračnih prostora, poznatu kao "senilni emfizem". S godinama se smanjuje respiratorna snaga mišića, što može smanjiti učinkovitost iskašljavanja. Osobe starije životne dobi imaju smanjen osjećaj dispneje (otežanog disanja) te smanjeni ventilacijski odgovor na hipoksiju (smanjene razine kisika u ćelijama) i hiperkapniju (povećane razine ugljen-dioksida), što ih čini podložnijima zatajenju ventilacije u situacijama kao što su zatajenje srca ili upala pluća, a povećava i rizik od loših zdravstvenih ishoda. Normalno starenje uključuje degeneraciju neurona i promjene u sinaptičkoj funkciji te ekspresiji gena, što rezultuje smanjenjem količine sive i bijele mase u mozgu. Starenje mozga se odlikuje smanjenjem kognitivnih sposobnosti, posebno u područjima izvršnih funkcija, brzine obrade informacija, pažnje i memorije. Izvršne funkcije obuhvataju širok spektar kognitivnih sposobnosti, uključujući samokontrolu, planiranje, organizaciju, razmišljanje, mentalnu fleksibilnost i rješavanje problema. Istraživanja su pokazala da se formiranje koncepata, apstrakcija i mentalna fleksibilnost smanjuju s godinama, naročito nakon 70. godine. Promjene u pamćenju su najčešće kognitivne poteškoće kod starijih osoba. Promjene u memoriji povezane s dobi mogu biti rezultat usporene brzine obrade, smanjene sposobnosti ignorisanja nebitnih informacija i smanjene primjene strategija za poboljšanje učenja i pamćenja.

Psihosocijalni faktori koji utiču na promjene u kognitivnim funkcijama kod starijih osoba uključuju stres, anksioznost, depresiju, socijalnu izolaciju i lošiju kvalitetu međuljudskih odnosa. Ovi faktori su povezani sa povećanim rizikom od hipertenzije, moždanog udara i kardiovaskularnih bolesti. S druge strane, hronične bolesti ili smanjene funkcije, kao što su rak, dijabetes, artritis, kardiovaskularne i/ili respiratorne bolesti, povezane su sa višom stopom usamljenosti i depresije.

⁸ Saeri, AK., Cruwys, T., Barlow, FK., Stronge, S., Sibley, CG. (2018). *Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey*. Wellington: Aust N Z J Psychiatry. 14(1), 19-26.

2.3. Proces adaptacije na starost

Većina istraživača se slaže da u starijoj dobi ne dolazi do značajnih promjena u crtama ličnosti, već se odražavaju osobine koje su bile prisutne u mladosti, a koje se s vremenom učvršćuju i eventualno postaju izraženije. Kada raspravljamo o osobinama ličnosti starijih osoba, najzanimljivije pitanje je da li postoje određene osobine koje nekim starijim ljudima olakšavaju prilagođavanje na proces starenja i starost u odnosu na druge. Ako takve osobine postoje, mogle bi poslužiti kao dobar pokazatelj uspješnog starenja. Ipak, važno je napomenuti da prilagođavanje na starost ne zavisi samo od unutrašnjih faktora, poput crta ličnosti, već i od vanjskih faktora kao što su socijalna okolina, porodica starije osobe, stambeni uslovi, radno mjesto, međuljudski odnosi, finansijska situacija i slično. Prilagođavanje u starosti predstavlja samo jedan specifičan primjer prilagođavanja tokom života⁹. Prilagođenost i dugovječnost povezani su s određenim brojem društveno poželjnih osobina i odgovarajućim obrascima ponašanja, među kojima se ističu: očuvana inteligencija, smisao za humor, realistična samoprocjena, korisnost i djelotvornost, emocionalna stabilnost te percepcija vršnjaka kao starijih osoba. Inteligencija je ključna za sve životne aktivnosti, uključujući i proces prilagođavanja. Već je utvrđeno da intelektualne sposobnosti opadaju u kasnijim godinama života. Istraživanja su pokazala da su spontana fleksibilnost, adaptivna fleksibilnost i brzina psihofizičkih reakcija u pozitivnoj korelaciji s varijablama inteligencije, pri čemu se adaptivna fleksibilnost posebno ističe. Mnogi stariji ljudi često se drže ustaljenih metoda i obrazaca ponašanja, jer su se oni tokom njihovog životnog iskustva pokazali uspješnima, te se stoga rjeđe upuštaju u rizik ispitivanja novih pristupa u nepoznatim situacijama. Osjećaj za humor, kao aspekt ličnosti dobro prilagođenih starijih osoba, rezultat je očuvane inteligencije koja omogućava elastično i realističko sagledavanje stvarnosti, kao i percepciju svijeta na svjež, nestereotipan i originalan način. Ova originalnost mišljenja doprinosi boljoj adaptivnoj fleksibilnosti i potiče interesovanje za druge ljude, što ukazuje na socijalnu adaptaciju ličnosti. Ipak, važno je napomenuti da stariji ljudi s očuvanom inteligencijom, smislom za humor i interesovanjem za svijet oko sebe, često pokazuju i veću opsesivnost, motorički nemir, kao i sklonost žaljenju na vanjske okolnosti, bračne partnere i djecu. Da bi osoba mogla humoristično doživljavati svijet, potrebno je da osjeća zadovoljstvo i da ima sposobnost realnog procjenjivanja. Realna procjena svijeta, drugih i sebe podrazumijeva da ličnost bude dovoljno emocionalno stabilna, kako bi eventualna anksioznost i osjećaj općeg nezadovoljstva mogli izbjeći deformaciju percepcije i proces otuđenja. To može uticati na to da osoba bira pesimistički obojene informacije, koje zbog svoje jednostranosti predstavljaju preduslov loše adaptacije. Naime, ljudi često potcjenjuju sebe i druge u odnosu na stepen psihološke vitalnosti koju posjeduju, a koja se sastoji od pet osnovnih elemenata: pronalaženje zadovoljstva i osjećaj ispunjenosti u svakodnevnim aktivnostima, percepcija vlastitog života kao svrshodnog, prihvatanje njegovih dobrih i loših strana, osjećaj da su ostvareni svi važni ciljevi u životu, te posjedovanje pozitivne slike o sebi i očuvanje optimističnih stavova i raspoloženja. Ako je realno opažanje drugih i sebe rezultat očuvane psihičke vitalnosti i preduslov dobre prilagođenosti, onda je ono također i preduslov za takvo stanje ličnosti. Osjećaj korisnosti igra vrlo važnu ulogu u procesu adaptacije. Emocionalna stabilnost, nakon inteligencije, najviše je ugrožena uticajem godina. Stoga je, bez obzira na to da li u pozitivnom ili negativnom smislu, od velike važnosti kako se starije osobe prilagođavaju. Općenito, ekstroverti se bolje prilagođavaju, iako i introverti, koji se u starosti još više povlače u sebe i svoje aktivnosti, mogu na taj način postići željeni nivo prilagođenosti. Ekstravertni pojedinci imaju izraženu

⁹ Shah, P., Hardy, J., Birken, M. (2022). *What has changed in the experiences of people with mental health problems during the COVID-19 pandemic: a coproduced, qualitative interview study*. London: Division of Psychiatry, University College London. 1(24), 11-18.

društvenost koja je pozitivno povezana s prilagođenošću i emocionalnom stabilnošću, dok impulzivnost predstavlja oblik neprilagođenosti. Što se tiče introvertnih osoba, one su tokom života naučile da se fokusiraju na sebe i svoja osjećanja, te će uvijek pronaći neku aktivnost koja ih ispunjava. Emocionalna neprilagođenost se najčešće manifestuje kroz verbalnu agresivnost, što uključuje žalbe, optužbe, kao i izrazito negativne sudove o drugim ljudima i njihovim postupcima. Pojava fobija također ukazuje na određeni nivo neprilagodljivosti, kao i prisutnost anksioznosti, koja se najčešće manifestuje kroz uznemirenost, strah od napuštanja, intelektualne sposobnosti, odnosno nesposobnost donošenja odluka i kontrolisanja vlastitih emocija. Anksioznost stvara opšti osjećaj nesigurnosti i obično se povećava s godinama, posebno kod žena, a izražava se kroz pojačanu opreznost i sumnjičavost. Visok nivo anksioznosti može dovesti do depresivnosti i neuroze.

3. SOCIJALNI IZAZOVI GERIJATRIJSKE SKUPINE

Kako svjetska populacija stari, starijim osobama su potrebne pozitivne društvene veze sa porodicom kako bi se uspješno nosili s različitim životnim stresorima koji su karakteristični za tu fazu, poput gubitka partnera, prijatelja, bolesti, nemoći, smanjenja snage i prestanka aktivnog rada. Način na koji pojedinac ostvaruje socijalnu povezanost je složen i uključuje i količinu i kvalitetu društvenih odnosa s drugima¹⁰. Socijalna povezanost, ili društvena povezanost, je višedimenzionalna i obuhvata strukturne, funkcionalne i kvalitativne aspekte društvenih odnosa. Postojanje više dimenzija podrazumijeva veličinu društvene mreže i njezinu gustinu, kao i društvene veze ili životne aranžmane koji pojedincima omogućuju interakciju s drugima, što može dovesti do osjećaja socijalne povezanosti. Sveprisutni nedostatak društvenih interakcija, izbjegavanje sudjelovanja u društvenim aktivnostima, smanjenje komunikacije ili povjerenika s kojima stariji mogu razgovarati s vremenom može rezultovati osjećajem socijalne izolacije, što je suprotno od socijalne povezanosti. Međutim, socijalna izolacija se razlikuje od samostalnog ili samačkog načina života. Osoba može živjeti relativno izolovano i ne osjećati se usamljeno, dok se čak i oni s aktivnim društvenim životom mogu suočiti s osjećajem usamljenosti¹¹. Usamljenost je subjektivno iskustvo društvene povezanosti, obilježeno nezadovoljstvom količinom ili kvalitetom društvenog života, osjećajem izolacije, nepovezanosti i nepripadanjem. Iako socijalna izolacija može dovesti do osjećaja usamljenosti, ne mora nužno rezultovati nezadovoljavajućim društvenim životom. Prevencija socijalne izolacije ili usamljenosti je važna zbog njihovih negativnih posljedica, kao što su povećanje simptoma depresije i smanjenje kvalitete života starijih osoba. Socijalna povezanost podrazumijeva uspostavljanje odnosa ispunjenih nježnošću i ljubavlju. Indikatori socijalne povezanosti kod starijih osoba uključuju osjećaj da su drugi zabrinuti za njih, da se brinu o njima te da imaju osjećaj pripadnosti određenoj grupi ili zajednici. Iako svi ljudi imaju prirodnu potrebu za značajnim društvenim angažmanom, ta potreba ima još važniju ulogu u kvalitetu života starijih osoba. Dosljedna socijalna povezanost može doprinijeti očuvanju fizičke, emocionalne i mentalne kondicije starijih ljudi. Za one koji su dugi niz godina proveli u karijeri ili podizanju porodice, život nakon penzionisanja može dovesti do smanjenja osjećaja

¹⁰ Cohen, F. (1995). *Measurement of coping*. U: S.V.Kasl i C.L. Cooper (eds.) *Research methods in stress and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.

¹¹ Dartigues, JF., Le Bourdonnec, K., Tabue-Teguo, M. (2022). *Co-Occurrence of Geriatric Syndromes and Diseases in the General Population: Assessment of the Dimensions of Aging*. Paris: J Nutr Health Aging. 85(2), 22.

svrhe. Aktivno sudjelovanje u društvenoj zajednici može pomoći u zadovoljenju potrebe za pripadnošću i smislom. Redovne pozitivne interakcije s različitim generacijama mogu pomoći u borbi protiv osjećaja izolacije. Kada stariji ljudi žive u bliskom društvu drugih, mogu osjetiti vlastitu vrijednost i smisao, a također im je lakše razvijati odnose s vršnjacima. Socijalna povezanost često se smatra ključnim faktorom koji omogućava starijim osobama da uspješno prolaze kroz proces starenja i predstavlja temelj društava prilagođenih starijim osobama. Ova povezanost je povezana sa smanjenjem stope depresije, smanjenim rizikom od kognitivnog opadanja i smanjenom stopom mortaliteta, kao i povećanom dugovječnošću. Socijalna povezanost se ističe kao pozitivna alternativa modelu deficita koji se odnosi na usamljenost i društvenu izolaciju. Uz podršku članova porodice, starijim osobama se olakšava prilagođavanje na društvene okolnosti, čime se potiče njihova samostalnost, snalažljivost i prilagođavanje na životne situacije. Na ovaj način, pristup socijalnoj povezanosti se udaljava od ageističkih pretpostavki, koje često starije osobe same usvajaju, a koje uključuju uvjerenja da kasniji život nužno podrazumijeva smanjenje društvenog kontakta i povećanje socijalne izolacije i usamljenosti.

3.1. Suočavanje sa stresom i socijalnim problemima u starosti

Suočavanje sa stresom predstavlja ključni faktor koji utiče na ishod napora pojedinca da se prilagodi stresnim zahtjevima i promjenama te da živi kvalitetno. Suočavanje se može definisati kao ulaganje intrapsihičkih i akcijskih napora u prevladavanju vanjskih i unutrašnjih zahtjeva, kao i sukoba između njih, koji nadmašuju sposobnosti osobe. Postoje dva osnovna oblika suočavanja sa stresom: suočavanje usmjereno na rješavanje problema i suočavanje usmjereno na emocije. Suočavanje usmjereno na rješavanje problema odnosi se na napore usmjerene na razrješavanje unutrašnjih ili vanjskih zahtjeva. Ovaj pristup prevladava kada ljudi vjeruju da mogu poduzeti konstruktivne korake u vezi sa stresnim događajem, odnosno da mogu kontrolisati ishode. S druge strane, suočavanje usmjereno na emocije odnosi se na napore da se ublaže neugodni osjećaji izazvani prijetnjom¹². Ovaj način suočavanja prevladava u situacijama kada nije moguće kontrolisati stresne događaje ili njihove posljedice. Također postoji i način suočavanja koji uključuje izbjegavanje suočavanja s problemima. Važno je napomenuti da ljudi nikada ne koriste samo jedan način suočavanja, već u različitim okolnostima primjenjuju različite strategije ili čak istovremeno koriste više njih. Izbor najprikladnijeg načina suočavanja zavisi od vrsta učinaka, trajanja tih učinaka i specifične situacije. Ne postoji univerzalno prikladan ili neprikladan način suočavanja. Strategija koja se pokazuje uspešnom u jednoj situaciji može biti neuspješna u drugoj, i obrnuto. Istraživači su se bavili pitanjem da li se starije osobe razlikuju od mladih u pristupu suočavanju sa stresom, odnosno da li životno iskustvo doprinosi uspješnijem suočavanju sa stresom. Istraživanja su pokazala da stariji ljudi ređe direktno i aktivno pristupaju stresu, skloniji su povlačenju i opraštanju, bolje podnose frustracije i koriste manje nezrele strategije suočavanja, kao što su agresija, bjekstvo, samooptuživanje i slično. Mnoge starije osobe uspješno se suočavaju s različitim gubicima koji prate proces starenja. Često zbog toga doživljavaju bol i razočarenje, ali uspijevaju izbjeći prekomjerni stres i disfunkciju. S druge strane, neki nisu toliko sretni i suočavaju se s problemima uzrokovanim psihičkim, fizičkim i socijalnim gubicima, kao i

¹² Naudé, B., Rigaud, A.S., Pino, M. (2022). *Video Calls for Older Adults: A Narrative Review of Experiments Involving Older Adults in Elderly Care Institutions*. Paris: Front Public Health. 25(5), 6-11.

pritislima iz okoline ili negativnim tretmanom¹³. Neke životne promjene su privremene i kratkotrajne, dok su druge dugotrajne i zahtijevaju adaptaciju tokom dužeg vremenskog perioda, možda čak i do kraja života. Stoga je važno u radu sa starijim osobama prepoznati stresne događaje koji mogu izazvati krizu. Kriza predstavlja psihološko stanje uzrokovano određenim kriznim događajem, nakon kojeg uobičajeni mehanizmi suočavanja s problemima postaju nedostupni ili neefikasni. Da bi došlo do krize, potrebno je osjećati bespomoćnost, gubitak kontrole i unutrašnje ravnoteže, kao i dezorganizaciju ponašanja. Starost je često obilježena brojnim kriznim situacijama koje se mogu svrstati u prethodno opisanu klasifikaciju. Proces starenja može dovesti do jedne ili više razvojnih kriza, kao što su planirani odlazak u penziju, preseljenje u dom za penzionere ili briga o unucima. Situacijske krize, poput iznenadne bolesti partnera, također mogu izazvati različite reakcije kod starijih osoba. Krize se također razlikuju prema intenzitetu događaja koji im prethode, a to su "šok" krize i krize iscjeljivanja. "Šok" krize nastaju kada je osoba izložena snažnim i iznenadnim stresorima koji imaju karakter traumatskih iskustava, kao što je neočekivana smrt partnera. S druge strane, krize iscrpljivanja se razvijaju postupno i mogu se slikovito opisati kao "kap koja preljeva čašu". Važno je pravovremeno prepoznati ovu vrstu krize kod starijih osoba. Naime, pojedinac može uspješno podnositi niz različitih stresnih situacija, ali sposobnost suočavanja s problemima može oslabiti, što može dovesti do trenutka kada osoba više ne može izdržati. Kako bi se starijoj osobi olakšalo suočavanje sa stresnim situacijama koje prate starenje, korisno je razmotriti jedinstvena iskustva te osobe u suočavanju s biološkim, socijalnim i psihološkim promjenama iz ranijih faza života. Naime, u starost ulazimo s teretom prošlosti više nego u bilo kojem drugom razdoblju. Također, važno je prepoznati i uspješne i neuspješne strategije suočavanja sa stresom. U starijoj dobi osobe se suočavaju s određenim specifičnim problemima, koji se mogu nazvati stresorima starosti. Ti stresori uključuju promjene u mjestu boravka, socijalnu izolaciju i usamljenost, seksualne probleme, bračne i porodične poteškoće, udovištvo i penzionisanje.

3.2. Položaj starijih osoba u društvu

Starije osobe mogu ostvariti svoja ljudska prava uz adekvatnu njegu koja osigurava kvalitetu života i sprječava diskriminaciju na temelju dobi. Danas su osobe starije životne dobi često u nepovoljnom položaju, posebno kada se uzme u obzir njihovo finansijsko stanje. Jedan od značajnih problema s kojim se suočavaju je usamljenost, kao i smanjena kvaliteta života zbog poteškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, što se pogoršava s godinama i čini ih posebno ranjivima i ovisnima o pomoći drugih. Velik broj starijih žena, posebno onih iznad 65 godina, živi u statusu udovištva, što znači da su žene sklonije samačkom načinu života u odnosu na muškarce¹⁴. O teškom položaju starijih žena svjedoče podaci koji pokazuju da često imaju niži stepen obrazovanja i manje radnog iskustva, što ih dodatno ograničava u pristupu javnim uslugama. Starije osobe predstavljaju društveno osjetljivu skupinu, te je važno pružiti im podršku kako bi ostvarili svoja prava i živjeli dostojanstveno u starijoj dobi, a istovremeno spriječiti njihovu marginalizaciju. Kod starijih osoba najčešće se krše prava koja se odnose na dostojanstvo i sigurnost. To nas suočava s potrebom da educiramo društvo o tome da su starije

¹³ Aslan, G., Kant, E. (2022). *Relationship between social exclusion and anxiety in older people during the COVID-19 pandemic*. Ağrı: Ağrı İbrahim Çeçen University. 17(12), 20.

¹⁴ Todd, E. (2018). *"Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review."* Herston: The University of Queensland.

osobe „osjetljiva skupina koju treba zaštititi“.¹⁵ Ključno je, za unaprijeđenje njege o starijim osobama, promijeniti odnos društva koje je većinom fokusirano na rad i profit, gdje je uspjeh, mladost i neovisnost najvažnije, te prepoznati starije osobe ne kao teret, već kao resurs i važne sudionike u našem društvenom životu. Starije osobe su dio naše populacije i skladno svojoj funkcionalnoj sposobnosti, aktivno sudjeluju, stvaraju i otkrivaju nove mogućnosti i prednosti koje nisu bile očite u mlađim godinama. Danas je izuzetno važno razviti osjećaj za mudrost i smisao starenja. Cijenimo sve dobro što društvo nosi u sebi, a poštovanje prema starijim osobama pomaže nam da na naše starenje gledamo s pozitivne strane. Svakim danom postajemo stariji, što nam pokazuje koliko je važno razmišljati o starenju, ne samo za starije osobe, već za svakog pojedinca, jer je starenje temeljno iskustvo ljudskog života. Razmišljanje o starenju također je razmišljanje o tajni ljudskosti koja se krije u nama. Starijim osobama ne treba samo medicinski produžavati i olakšavati život, što je samo jedan od aspekata pomoći, već današnje društvo treba ponovo otkriti dostojanstvo, vrijednost i smisao starenja. Ranije su ruralne porodice, posebno žene, pružale potrebnu njegu starijim članovima svoje porodice, dok se današnje porodice suočavaju s izazovima u osiguravanju adekvatne njege za njih. Tako danas sve više uloga koju je nekada imala porodica u brizi za starije članove preuzimaju državne ili privatne institucije¹⁶. Osobe starije životne dobi sve češće žive u samačkim kućanstvima, što ukazuje na to da se porodični kontakt sve više odvija na daljinu, a izolacija i otuđenost starijih osoba postaju sve izraženije.

¹⁵ Site, A., Lohan, ES., Jolanki, O., et al. (2022). *Managing Perceived Loneliness and Social-Isolation Levels for Older Adults: A Survey with Focus on Wearables-Based Solutions*. Tampere: Tampere University. 27(4), 208–215.

¹⁶ Sunarti, S., Subagyo, K., Haryanti, T., Rudijanto, A., Ratnawati, R., Soeharto, S., Maryunani, M. (2021). *The Effect of Physical Activity on Social Isolation in Elderly*. Malang: Faculty of Medicine Universitas Brawijaya Malang. 27(1), 37.

4. ZAKLJUČAK

Zadovoljavanje potreba starijih osoba i suočavanje s izazovima procesa starenja ne može se postići isključivo primjenom i razvojem jednog oblika njege. Potrebni su noviji i drugačiji pristupi u raznim sistemima, poput zdravstvenog i penzionog sistema. Sistem socijalne njege treba razvijati modele koji će se temeljiti na potrebama starijih, a za to je neophodno provoditi istraživanja na nacionalnoj razini i uzeti u obzir specifičnosti pojedinih regionalnih razlika. Ove razlike uključuju ekonomsko-gospodarsku razvijenost, broj starijih osoba, dostupnost i razvijenost različitih oblika njege, kao i uvažavanje specifičnih karakteristika korisnika njege. Pri tome je važno voditi računa o socijalnoj pravdi i jednakosti kao ključnim načelima socijalnog rada i socijalne politike. Jasno izražene potrebe za uslugama iz sistema socijalne njege ukazuju na značajan raskorak između stvarnih potreba i trenutnog stanja. Cilj je da donosioci i kreatori politika te potrebe posmatraju u kontekstu dobrobiti cijele zajednice, kao što su mogućnosti za otvaranje novih radnih mjesta, međugeneracijska povezanost i solidarnost, te edukacija svih članova društva o važnosti brige za potrebe starijih i ranjivih osoba putem vidljivih i dostupnih institucija i usluga u zajednici. Također, važno je dugoročno planirati njegu za buduće generacije starijih osoba, koje će, s obzirom na demografske promjene, također imati potrebu za takvim uslugama. Kako bi se adekvatno planirala briga o starijim osobama, potrebno je ispuniti nekoliko uslova: poboljšati standard društva, a samim tim i standard starijih osoba, sistemski pratiti njihove potrebe, što uključuje provođenje raznih istraživanja, razvoj različitih usluga za starije, te izgradnju novih domova za penzionere, s obzirom na to da su naši postojeći kapaciteti još uvijek ispod prosjeka razvijenih zemalja. Također je važno: a) razvijati mrežu samopomoći i uzajamne podrške među starijim osobama, b) uspostaviti SOS telefonske linije za starije, c) otvoriti centre za dnevnu njegu o starijima, d) osnovati manje ustanove s karakteristikama stambenih zajednica, e) razvijati alternativne programe podrške i slično. Unaprijeđenje socijalnog rada u lokalnoj zajednici, uključujući individualni socijalni rad (npr. savjetovanje), značajno bi doprinijelo rješavanju i/ili ublažavanju mnogih problema s kojima se suočavaju starije osobe. Također, timski pristup u radu je od velike važnosti, budući da su problemi starijih osoba često povezani sa zdravstvenim, ekonomskim i socijalnim aspektima.

5. LITERATURA

- 1) Larrabee Sonderlund, A., Thilsing, T., Sondergaard, J. (2019). *Should social disconnectedness be included in primary-care screening for cardiometabolic disease? A systematic review of the relationship between everyday stress, social connectedness, and allostatic load*. Copenhagen: University of Southern Denmark. 14(1), 99-106.
- 2) Saeri, AK., Cruwys, T., Barlow, FK., Stronge, S., Sibley, CG. (2018). *Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey*. Wellington: Aust N Z J Psychiatry. 14(1), 19-26.
- 3) Shah, P., Hardy, J., Birken, M. (2022). *What has changed in the experiences of people with mental health problems during the COVID-19 pandemic: a coproduced, qualitative interview study*. London: Division of Psychiatry, University College London. 1(24), 11-18.
- 4) Santos-Olmo, AB., Ausin, B., Muñoz, M. (2022). *People over 65 Years Old in Social Isolation: Description of an Effective Community Intervention in the City of Madrid (Spain)*. Madrid: Int J Environ Res Public Health. 73(2), 2-10.
- 5) Site, A., Lohan, ES., Jolanki, O., et al. (2022). *Managing Perceived Loneliness and Social-Isolation Levels for Older Adults: A Survey with Focus on Wearables-Based Solutions*. Tampere: Tampere University. 27(4), 208–215.
- 6) Matthews, T., Bryan, BT., Danese, A., Meehan, AJ., Poulton, R., Arseneault, L. (2022). *Using a Loneliness Measure to Screen for Risk of Mental Health Problems: A Replication in Two Nationally Representative Cohorts*. London: Int J Environ Res Public Health. 27(1), 37.
- 7) Naudé, B., Rigaud, AS., Pino, M. (2022). *Video Calls for Older Adults: A Narrative Review of Experiments Involving Older Adults in Elderly Care Institutions*. Paris: Front Public Health. 25(5), 6-11.
- 8) Dartigues, JF., Le Bourdonnec, K., Tabue-Teguo, M. (2022). *Co-Occurrence of Geriatric Syndromes and Diseases in the General Population: Assessment of the Dimensions of Aging*. Paris: J Nutr Health Aging. 85(2), 22.
- 9) Moshtagh, M., Salmani, F., Moodi, M., Miri, MR., Sharifi, FA. (2022). *Perspective on the sense of loneliness and its determinants in Iranian older people*. Tokyo: Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society. 55(10), 82.
- 10) Aslan, G., Kant, E. (2022). *Relationship between social exclusion and anxiety in older people during the COVID-19 pandemic*. Ağrı: Ağrı İbrahim Çeçen University. 17(12), 20.
- 11) Gabarrell-Pascuet, A., Moneta, MV., Ayuso-Mateos, JL., Miret, M., Lara, E., Haro, JM. (2022). *The effect of loneliness and social support on the course of major depressive disorder among adults aged 50 years and older: A longitudinal study*. Barcelona: Universitat de Barcelona. 24(3), 61-69.
- 12) Sunarti, S., Subagyo, K., Haryanti, T., Rudijanto, A., Ratnawati, R., Soeharto, S., Maryunani, M. (2021). *The Effect of Physical Activity on Social Isolation in Elderly*. Malang: Faculty of Medicine Universitas Brawijaya Malang. 27(1), 37.
- 13) Todd, E. (2018). *“Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review.”* Herston: The University of Queensland.
- 14) McGrath, R., Al Snih, S., Markides, K. et al. (2019). *The burden of health conditions for middleaged and older adults in the United States: disability-adjusted life years*. North Dakota: North Dakota State University Fargo.
- 15) Cohen, F. (1995). *Measurement of coping*. U: S.V.Kasl i C.L. Cooper (eds.) *Research methods in stress and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.

SKRB O STARIJIM PACIJENTIMA

Sažetak

Skrbnici igraju ključnu ulogu u skrbi za kronično bolesne starije osobe. Skrbnici često mogu odgoditi ili čak spriječiti potrebu za njegom u domovima. No s obzirom na starenje populacije dolazi do sve veće potražnje usluga kućne njege, domova za starije te potrebe za palijativnom skrbi i hospicijima. Osiguravanje boljih uvjeta života starijih osoba kroz bolje infrastrukturne prilagodbe, veću dostupnost usluga kućne njege i razvoj palijativne skrbi može značajno poboljšati kvalitetu života starijih osoba i omogućiti im dostojanstven završetak života. Kroz zajednički rad društva, institucija i zdravstvenih djelatnika, moguće je stvoriti sustav koji starijima omogućuje bolji život u svim fazama njihove starosti.

Ključne riječi: domovi za starije; palijativna skrb; hospicij

Abstract

Caregivers play a crucial role in caring for chronically ill elderly individuals. Caregivers can often delay or even prevent the need for care in nursing homes. However, due to the aging of the population, there is an increasing demand for home care services, nursing homes, as well as the need for palliative care and hospices. Ensuring better living conditions for the elderly through improved infrastructure, greater access to home care services, and the development of palliative care can significantly improve the quality of life for older individuals and allow them a dignified end of life. Through the collaborative efforts of society, institutions, and healthcare professionals, it is possible to create a system that enables older people to live better lives at all stages of their aging process.

Key words: nursing homes; palliative care; hospices

¹ Dom zdravlja Osječko - baranjske županije, Adresa za dopisivanje: Lastovska 22, 31000 Osijek, pejcic.barbara@gmail.com

Uvod

Skrbnici igraju ključnu ulogu u skrbi za kronično bolesne starije osobe. Iako susjedi i prijatelji mogu pomoći, oko 80% pomoći u kući (fizičke, emocionalne, socijalne i ekonomske) pružaju obiteljski skrbnici. Skrbnici često mogu odgoditi ili čak spriječiti potrebu za njegom u domovima. No s obzirom na starenje populacije dolazi do sve veće potražnje usluga kućne njege, domova za starije te potrebe za palijativnom skrbi i hospicijima. Zadaća društva je da pronađe odgovor na starenje stanovništva.

Skrb od strane članova obitelji

Količina i vrsta skrbi koju pružaju članovi obitelji ovise o ekonomskim resursima, strukturi obitelji, kvaliteti odnosa i drugim zahtjevima koji se odnose na vrijeme i energiju članova obitelji. Neki skrbnici pružaju minimalnu pomoć (npr., povremeno provjeravanje), dok drugi pružaju složenu skrb s punim radnim vremenom. Ponekad je skrb potrebna kratko vrijeme, primjerice kad se starija osoba oporavlja od operacije. Često je potrebna skrb mjesecima ili godinama. Članovi obitelji koji skrbe o starijim osobama u prosjeku provedu oko 4 sata dnevno u aktivnostima skrbi.

Iako društvo smatra da članovi obitelji imaju odgovornost da se brinu jedni za druge, granice tih obveza razlikuju se među kulturama, obiteljima i pojedinim članovima obitelji. Spremnost članova obitelji da pružaju skrb mogu se poticati uslugama podrške (npr., tehničkom pomoći u učenju novih vještina, savjetodavnim uslugama i uslugama obiteljskog mentalnog zdravlja) i dopunskim uslugama (kao što je pomoć u njezi, hranjenju, odjevanju, kao i kućna zdravstvena zaštita, dnevna skrb za odrasle i organizirani obroci). Dodatne usluge mogu se pružati redovito ili kao privremena skrb tijekom nekoliko sati ili dana.

Demografske promjene i promjene u socijalnim vrijednostima smanjile su broj članova obitelji koji su na raspolaganju za skrb o starijim članovima obitelji. Te promjene uključuju sljedeće:

- Dulji životni vijek: Kao rezultat toga, populacija vrlo starih osoba je u porastu. Veća je vjerojatnost da će njihovi potencijalni skrbnici (djeca) također biti starije osobe.
- Odgođeno stvaranje obitelji: u kombinaciji s duljim životnim vijekom stvorila se "sandwich" generacija skrbnika koji istodobno skrbe za svoju djecu i svoje roditelje.
- Povećanje mobilnosti društva i povećana stopa razvoda: Obitelji su češće geografski odvojene, a obiteljske veze mogu biti oslabljene. Ipak, 80% ljudi starijih od 65 godina živi na 20 min udaljenosti od svojeg djeteta.
- Sve veći broj žena koje rade: Prije su žene mogle pružati skrb starijim roditeljima. Zahtjevi posla u današnje vrijeme mogu smanjiti ili eliminirati njihovu sposobnost da skrbe o roditeljima.
- Povećava se broj ovisnih i vrlo bolesnih starijih osoba.

Navedeni faktori predviđaju sve veću potražnju za uslugama kućne njege koje pruža netko drugi, a ne članovi obitelji, prijatelji i susjedi.

Skrb o starijim osobama može imati i negativne učinke na osobu koja brine o starijem članu obitelji. Članovi obitelji koji brinu o starijoj osobi mogu iskusiti određenu razinu stresa, frustracije, osjećaj beznađa i iscrpljenosti (burnout) ili osjećaj pružanja neadekvatne skrbi.

Skrb o starijoj osobi također može postati financijski teret. Parovi u kojima se jedan partner brine za drugoga imaju tendenciju da budu nesrazmjerno siromašni. Ponekad zaposleni skrbnik mora ostaviti zaposlenje na puno radno vrijeme ili skratiti radno vrijeme kako bi se posvetio skrbi o drugoj osobi.

Skrbnici često mogu naučiti korisne informacije ili strategije za njegu od liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika. Skrbnici također mogu poduzeti sljedeće mjere kako bi se pripremili za svoju ulogu i izbjegli burnout:

- Baveći se vlastitim fizičkim, emocionalnim, rekreativnim, duhovnim i financijskim potrebama
- Kada je to prikladno, zatražiti pomoć u njezi ili psihološkoj potpori drugih članova obitelji i prijatelja
- Traženje grupa za podršku ili treženjem osoba koje mogu pomoći u njegovanju (kao što su savjetovanje, kućna zdravstvena zaštita, dnevna skrb za odrasle, programi obroka)
- Ne shaćajući osobno loše raspoloženje ili osobnost bolesnika o kojem skrbe (ako se ono pojavi)

Domovi za starije, palijativna skrb i hospicij

S obzirom na demografske promjene, društvo se suočava s ozbiljnim izazovima vezanim uz starenje stanovništva. Broj starijih osoba u mnogim zemljama raste, a to uključuje i duži životni vijek, ali i povećanje broja osoba koje pate od kroničnih bolesti i fizičkih ili mentalnih smetnji. Ovaj trend donosi važne promjene u načinu na koji društvo pristupa skrbi o starijim osobama, posebice u kontekstu domova za starije, hospicija i palijativne skrbi.

Domovi za starije osobe ključna su komponenta sustava skrbi za starije, ali često se suočavaju s izazovima poput pretrpanosti, nedostatka kvalificiranog osoblja i nezadovoljstva korisnika usluga. Kako bi domovi postali kvalitetniji i udobniji za starije osobe, nužno je uložiti u poboljšanje infrastrukture, povećanje broja zaposlenih i implementaciju boljih zdravstvenih usluga. Također, važna je prilagodba prostora za smanjenje rizika od ozljeda i povećanje mobilnosti korisnika, kao i poboljšanje socijalnih i psiholoških usluga kako bi se smanjila usamljenost i depresija.

Osim toga, treba pružiti veću fleksibilnost u izboru opcija smještaja. Starije osobe često žele ostati u vlastitim domovima što je dulje moguće, stoga je važno razviti sustave koji omogućuju podršku i njegu u njihovim domovima, poput usluga kućne njege ili korištenja tehnologija za praćenje zdravlja na daljinu.

Hospicij i palijativna skrb osmišljeni su kako bi pružili ublažavanje boli i drugih simptoma u terminalnim fazama života, omogućujući pacijentima dostojanstven završetak života.

Najveći broj bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb su bolesnici koji boluju od malignih bolesti. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2018. Godine je u Hrvatskoj od raka umrlo 13 718 osoba (stopa smrtnosti 337,5/100 000). Godine 2017. Dijagnosticirano je 24 385 novih slučajeva raka (stopa incidencije iznosila je 591,2/100 000). Prema stopama incidencije raka, liječnik obiteljske medicine može u svojoj ambulanti očekivati godišnje prosječno oko šest do deset novootkrivenih bolesnika s rakom dok će godišnje četiri do sedam bolesnika umrijeti od raka. Za procjenu potrebe bolesnika za palijativnom skrbi uz podatke iz medicinske dokumentacije te njihova kliničkog stanja potrebno je koristiti se razvijenim

probirnim alatima. Alat za indikatore potporne i palijativne skrbi SPICT pomaže prepoznavanju bolesnika koji su pod povišenim rizikom od pogoršanja i smrti kroz nekoliko aspekata zajedno sa specifičnim kliničkim pokazateljima prema bolesti. U onkološkoj se praksi često primjenjuje procjena stanja bolesnika prema ECOG skali. Trajanje palijativne skrbi može varirati s obzirom na vrstu bolesti, dinamiku razvoja bolesti i popratnih simptoma, bolesnikovo opće stanje te pridružene bolesti.

Liječnik obiteljske medicine sa svojim suradnicima i bolesnikovom obitelji temeljni je nositelj palijativne skrbi u primarnoj razini zdravstvene zaštite. Uz liječnika i obitelj bitnu ulogu igra i kućna njega. Na primarnoj razini u palijativnoj skrbi sudjeluju članovi zajednice, članovi udruga i klubova bolesnika, karitativnih organizacija te volonteri. Mobilni timovi palijativne skrbi koji čine sekundarnu razinu palijativne skrbi znatna su pomoć liječnicima obiteljske medicine u osiguranju bolje skrbi, a njihove aktivnosti u zbrinjavanju bolesnika trebaju biti koordinirane i usuglašene s izabranim liječnikom obiteljske medicine. Zadaci mobilnih palijativnih timova jesu stručno-metodološka pomoć i podrška timu izabranog liječnika obiteljske medicine u pružanju složenijih oblika zaštite i/ili specifičnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji se provode u bolesnikovu domu. Tercijarna razina palijativne skrbi provodi se u bolničkim ustanovama ili u drugim institucijama koje su primjereno opskrbljene za zbrinjavanje akutnih i hitnih stanja takve skupine bolesnika.

Iako se u mnogim društvima palijativna skrb sve više prepoznaje kao nužna, još uvijek postoji nedostatak specijaliziranih centara i educiranog osoblja. U tom smislu, društvo treba uložiti u širenje i unapređenje palijativnih usluga, proširujući dostupnost hospicija i poboljšavajući uvjete za pacijente i njihove obitelji.

Kvalitetna palijativna skrb mora biti zasnovana na holističkom pristupu, koji uključuje fizičku, emocionalnu i duhovnu potporu. Obiteljima treba omogućiti odgovarajuću podršku, uključujući savjetovanje i edukaciju o tome kako pružiti njegu osobama koje se nalaze u terminalnim fazama bolesti.

Zaključak

Kako bi društvo odgovorilo na izazove starenja stanovništva, nužno je ulagati u sustav skrbi za starije osobe, posebno u domovima za starije, hospicijima i palijativnoj skrbi. Osiguravanje boljih uvjeta života starijih osoba kroz bolje infrastrukturne prilagodbe, veću dostupnost usluga kućne njege i razvoj palijativne skrbi može značajno poboljšati kvalitetu života starijih osoba i omogućiti im dostojanstven završetak života. Kroz zajednički rad društva, institucija i zdravstvenih djelatnika, moguće je stvoriti sustav koji starijima omogućuje bolji život u svim fazama njihove starosti.

Literatura:

1. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):280-286. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.11.007. Erratum in: *Mayo Clin Proc.* 2017 May;92(5):853. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.04.001. PMID: 28160875.
2. Gmajnić R, Pribić S. Potporna tima obiteljskog liječnika palijativnom bolesniku i njegovoj obitelji. U: Lončar Z, Katić M, Jureša V. i sur. *Palijativna skrb u zajednici*. Zagreb: Medicinska naklada 2018; 264-270.
3. Pribić S, Buljubašić M, Katić M. Palijativna skrb. U: Diminić Lisica I, Katić M, Bergman Marković B. i sur. *Izazovi u praksi obiteljskog liječnika*. Zagreb: Medicinska naklada 2022; 543-551.
4. de Buochberg FS, Codron F, Hilaire ER, Navarro ML, Forestier J, Dorey JM. La guidance familiale en psychiatrie de la personne âgée : un soin groupal familial à domicile [Family guidance for the elderly: a family group care at home]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2024 Mar 1;22(1):113-123. French. doi: 10.1684/pnv.2024.1146. PMID: 38573151.

SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU DEPRESIJE KOD STARIJIH OSOBA

Sažetak

Sa starenjem svetske populacije raste i učestalost depresije kod starijih osoba, pri čemu oko 14% ljudi starijih od 60 godina pati od mentalnih poremećaja, a depresija je jedan od najčešćih. Simptomi depresije kod starijih često ostaju neprepoznati jer se pripisuju procesu starenja ili drugim zdravstvenim stanjima. Depresija u ovoj populaciji može imati ozbiljne posledice, uključujući povećan suicidalni rizik.

Faktori rizika uključuju biološke promene mozga, vaskularna oboljenja, neurotransmitterske disbalanse, socijalnu izolaciju i gubitak bliskih osoba. Terapija depresije kod starijih osoba podrazumeva primenu antidepresiva pre svega iz grupa SSRI i SNRI. Međutim, upotreba lekova u ovoj populaciji zahteva oprez zbog potencijalnih interakcija i neželjenih efekata, uključujući serotoniniski sindrom, sklonost padovima i gastrointestinalna krvarenja.

Psihoterapija, posebno kognitivno-bihevioralna (CBT) i interpersonalna terapija (IPT), pokazala se kao efikasna i praktična za primenu kod starijih osoba. Fizička aktivnost, uključujući aerobne vežbe i trening snage, takođe može imati pozitivan efekat na simptome depresije.

Ukoliko se ne prepozna i ne leči adekvatno, depresija kod starijih osoba može imati hroničan tok, sa velikom verovatnoćom ponavljanja epizoda i značajnim narušavanjem kvaliteta života. Rizik od relapsa nakon prve epizode iznosi 50% u naredne dve godine, dok oni koji su doživeli više epizoda imaju preko 80% šanse da dožive još jednu. Komorbiditet sa anksioznim poremećajima i zavisnostima dodatno komplikuje lečenje i povećava suicidalni rizik, koji je kod starijih osoba naročito visok.

Zbog značajnog uticaja depresije na kvalitet života i visoke smrtnosti povezane sa njom, ključno je poboljšati prepoznavanje simptoma, unaprediti terapijske strategije i podići svest o značaju mentalnog zdravlja u starijoj populaciji.

Ključne reči: depresija, starenje, komorbiditeti, terapija, prevencija

¹ Evropski fakultet „Kallos“ Beograd, Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu

Abstract

As the global population ages, the prevalence of depression among older adults is increasing, with approximately 14% of people over 60 suffering from mental disorders, among which depression is one of the most common. Symptoms of depression in older adults often go unrecognized as they are attributed to aging or other health conditions. Depression in this population can have severe consequences, including an increased risk of suicide.

Risk factors include biological brain changes, vascular diseases, neurotransmitter imbalances, social isolation, and the loss of loved ones. The treatment of depression in older adults primarily involves the use of antidepressants, particularly SSRIs and SNRIs. However, medication use in this population requires caution due to potential interactions and adverse effects, including serotonin syndrome, increased fall risk, and gastrointestinal bleeding.

Psychotherapy, especially cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT), has proven effective and practical for older adults. Physical activity, including aerobic exercises and strength training, can also have a positive impact on depressive symptoms.

If not recognized and adequately treated, depression in older adults can become chronic, with a high likelihood of recurrent episodes and significant impairment in quality of life. The risk of relapse after the first episode is 50% within the next two years, while those who have experienced multiple episodes have over an 80% chance of another recurrence. Comorbidities with anxiety disorders and substance dependence further complicate treatment and increase suicide risk, which is particularly high in older adults.

Given the significant impact of depression on quality of life and its high mortality rate, it is crucial to improve symptom recognition, enhance therapeutic strategies, and raise awareness of the importance of mental health in the elderly population.

Keywords: depression, aging, comorbidities, therapy, prevention

Uzevši u obzir brzinu starenja svetske populacije procenjuje se da će do 2050. godine broj ljudi starijih od 60 godina biti 2.1 milijarde, dok će broj starijih od 80 godina biti 426 miliona. Oko 14% osoba starijih od 60 godina žive sa nekim mentalnim poremećajem, među kojima su najčešći depresija i anksioznost. Na globalnom nivou čak jedna četvrtina ukupnog broja smrti usled suicida je kod osoba starosti 60 ili više godina. (1)

Depresija je sindrom koji negativno utiče na život osobe i karakteriše se skupom simptoma koji narušavaju funkcionalnost te osobe. Glavni simptomi depresivnog poremećaja su depresivno raspoloženje i gubitak interesovanja za svakodnevne aktivnosti. Za postavljanje dijagnoze, pored ovih, neophodna je pojava bar još tri od sledećih simptoma u trajanju dužem od dve nedelje: preterani osećaj krivice, psihomotorna retardacija/agitacija, gubitak energije, suicidalne misli ili pokušaji suicida, smanjenje pažnje i koncentracije, promene u apetitu i poremećaji spavanja. (2)

Kliničke manifestacije

Iako se depresija često javlja kod starijih osoba, ona ne predstavlja prirodni deo starenja. Ne postoje specifični dijagnostički kriterijumi za starije osobe, te depresija neretko ostaje neprepoznata. Možda je i najvažniji faktor to što se neki simptomi depresije pripisuju procesu starenja, npr. gubitak interesovanja i socijalna izolacija. S godinama se povećava i broj komorbidnih somatskih oboljenja te se simptomi mogu pripisati i nekom somatskom oboljenju, npr. poremećaji u spavanju, umor ili gubitak apetita. (3) Psihomotorna retardacija/agitacija, somatizacija i psihotični simptomi češće se sreću kod starijih osoba. (4, 5) Poremećaji mišljenja koji se najčešće viđaju kod starijih su sumanute ideje persekucije i hipohondrijske sumanute ideje koje se uglavnom odnose na neko neizlečivo somatsko oboljenje. Osećanje krivice se ređe viđa kod ove grupe pacijenata i može ukazivati na postojanje depresivne epizode u mlađoj životnoj dobi, dok se češće sreću nihilističke sumanute ideje. (3) Kognitivni deficiti prisutni su kod većine pacijenata sa depresijom nevezano za njihovu životnu dob, a istraživanja pokazuju da su ovi poremećaji teži kod starijih pacijenata usled prirodnog procesa starenja. (6) Ovi deficiti perzistiraju i po oporavku, i dovode se u vezu sa strukturnim promenama mozga kao što je hipokampalna atrofija. Moguće je da se upravo zbog toga depresija smatra jednim od faktorom rizika za razvoj demencije. (7)

Kod starijih osoba, depresija se može videti u nekoliko oblika: veliki depresivni poremećaj (simptomi traju najmanje dve nedelje i onemogućavaju obavljanje svakodневnih aktivnosti), perzistentni depresivni poremećaj – distimija (depresivno raspoloženje koje traje duže od dve godine, ali osoba je i dalje u stanju da obavlja normalne dnevne aktivnosti), depresivni poremećaj izazvan medikamentima ili nekom drugom supstancom (simptomi depresije koji se uzrokovani upotrebom, zloupotrebom ili apstinencijalni sindrom usled korišćenja neke supstance npr. alkohola ili analgetika) i depresivni poremećaj uzrokovan nekim drugim medicinskim stanjem (depresija uzrokovana nekom drugom bolešću kao što su npr. srčana oboljenja). (8)

Etiologija

Biološki faktori: Strukturne promene mozga koje se evidentiraju na T2 sekvencama magnetne rezonance mozga kod starijih osoba, a koje se dovode u vezu sa depresijom, su proširenje komornog sistema, smanjenje volumena hipokampus, bazalnih ganglija i frontalnog režnja. (9) Promene videne pri snimanju mozga funkcionalnom magnetnom rezonancom su hipoperfuzija prefrontalnih regiona (dorzolateralnog prefrontalnog korteksa) i bazalnih ganglija. Neuropatološka ispitivanja potvrđuju ove nalaze i pokazuju da su promene u centralnoj beloj masi mozga kod depresije zapravo ishemijske lezije, kao i da su prisutne mnoge šire rasprostranjene inflamatorne promene. (10)

Vaskularna oboljenja: Kao što je pokazano, postoji jaka bidirekciona veza između depresije i vaskularnih oboljenja. Depresija se često javlja kod ljudi koji imaju dijagnostikovano neko vaskularno oboljenje (ishemijska bolest srca ili cerebrovaskularna bolest) zbog čega je i nastala hipoteza „vaskularne depresije“ koja je dodatno potkrepljena neuroradiološkim studijama. Ova hipoteza pretpostavlja da ishemijska oštećenja fronalno-subkortikalnih struktura nastala usled vaskularnih oboljenja predisponiraju i/ili perpetuiraju razvoj depresije u starijoj životnoj dobi. U korist ovoj hipotezi govore istraživanja koja su pokazala da su sa depresijom posebno povezane lezije bele mase frontalnog režnja i bazalnih ganglija, kao i da postojanje ovih lezija ukazuje na lošiji terapijski odgovor i lošiji ishod lečenja. (11)

Neurotransmitterske promene: Serotoninska aktivnost, a naročito broj 5 HT-2A receptora, se dramatično smanjuje u brojnim delovima mozga (anteriornom cingulatnom i okcipitalnom korektu, hipokampusu) tokom srednjih godina života. Procenjuje se da njihov broj opadne i za do 70% u petoj deceniji života. (12) Animalne studije pokazuju smanjenje broja i odgovora i 5 HT-1A receptora hipokampusa. Ovi nalazi dovode se u vezu sa smanjenom efikasnošću antidepresiva u starijoj populaciji pacijenta. (13)

Psihološke i socijalne promene: Nepovoljni životni događaji, kao što je npr. smrt bliske osobe, češće se javljaju kod depresivnih pacijenta do godinu dana pre početka bolesti. Iako su podaci iz studija nedovoljno precizni, smatra se da i drugi faktori rizika kao što su poteškoće u socijalnom funkcionisanju, nedostatak bliskih kontakata, usamljenički život, hendikep i somatska oboljenja (posebno ona udružena sa bolnim sindromom ili poremećajima spavanja) mogu biti značajni. (14)

Religijski aspekti: Neki istraživači smatraju da se depresija ređe javlja u grupama ljudi gde su religijska praktikovanja deo tradicionalnih vrednosti, i da mogu dovesti do poboljšanja zdravlja osobe. Oni su uvideli da su u ovim grupama manje izraženi neki simptomi depresije i to gubitak interesovanja, osećanje bezvrednosti, socijalna izolacija i gubitak nade. (15, 16)

Faktori rizika

Pokazano je da su najveći faktori rizika za razvoj depresije u starijem životnom dobu gubitak supružnika, a zatim postojanje hroničnog somatskog oboljenja. Osobe ženskog pola koje su u nepovoljnijoj finansijskoj situaciji, nezadovoljne životnim okolnostima i slabije funkcionalnosti su takođe u povećanom riziku. (17, 18) Drugi značajni faktori rizika za razvoj depresije u starijem životnom dobu su samački život, razvod, niži stepen obrazovanja, pušenje i konzumiranje alkohola. (19)

Pored toga, mnoga oboljenja čija se učestalost povećava sa godinama života takođe dovode do pojave simptoma depresije, npr. cerebrovaskularne bolesti, dijabetes, oboljenja tireoidne žlezde itd. (20)

Medikamentozna terapija

Lekovi izbora za lečenje depresije kod starijih osoba su svakako antidepresivi. Iako je u studijama poređenja zaključeno da ne postoje bitne razlike u efikasnosti tricikličnih antidepresiva (TCA) i selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), lekovi iz gupe SSRI imali su manji broj neželjenih efekata. (21, 22) Njihova efikasnost pokazana je čak i kod pacijenata sa „vaskularnom depresijom“. (23)

Većina lekova iz grupe SSRI pokazala se kao efikasna u ovoj grupi pacijenata – fluoksetin, sertralin, paroksetin i citalopram. (24-27) Druga grupa lekova za koju se smatra da je bezbena za upotrebu kod starijih pacijenata i koja se često koristi su selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i norepinefrina (SNRI). U tu grupu spadaju lekovi kao što su venlafaksin, desvenlafaksin i duloksetin. Zbog njihovog dualnog dejstva ovi lekovi se posebno koriste kod pacijenata sa bolnim sindromom. (28) Pored napred navedenih, u lečenju depresije pokazali su se kao efikasni i mirtazapin (29) i bupropion. (30) Mišljenje psihijatar je da je kombinacija SSRI i psihoterapije terapija prvog izbora kod starijih osoba sa depresijom i distimijom, dok su lekovi iz grupe SNRI, bupropion i mirtazapin lekovi drugog izbora. Najviše se koristi citalopram u dnevnoj dozi 20-30 mg, zatim sertralin u dnevnoj dozi 50-100 mg, a potom paroksetin u dozi 20-30 mg i fluoksetin u dozi od 20 mg dnevno. Preporuka je da terapija traje tri do šest nedelja pre eventualne zamene jednog antidepresiva nekim drugim iz ove grupe. Ukoliko i dalje ne dolazi do poboljšanja može se koristiti venlafaksin u dnevnoj dozi 75-200 mg. Dužina korišćenja terapije određuje se u zavisnosti od toga o kojoj depresivnoj epizodi po redu se radi – kod prve depresivne epizode koja dobro reaguje na terapiju preporuka je da se antidepresivi koriste narednih godinu dana, kod druge depresivne epizode terapija bi trebalo da traje minimum naredne dve godine, dok bi kod treće epizode trebalo da traje najmenje naredne tri godine. Ukoliko se radi o depresiji sa psihotičnim simptomima u terapiju je neophodno uvesti i antipsihotik, najčešće risperidon ili olanzapin. (31)

Pri ordiniranju antidepresivne terapije kod starijih osoba treba biti oprezan jer mnogi faktori mogu dovesti do ispoljavanja neželjenih efekata. Treba imati na umu i da su ovi lekovi inhibitori enzima citohroma P450 (CYP3A, CYP2D6, CYP1A2, CYP2E1) preko kog se metaboliše većina lekova. Enzim CYP3A zadužen je za metabolisanje skoro 60% svih lekova koji se koriste u današnje vreme, a npr. fluoksetin je njegov parcijalni inhibitor što može dovesti do smanjene efikasnosti drugih lekova. Iz ovih grupa „najčistiji“ su venlafaksin i citalopram, tj oni najmanje inhibiraju enzime citohroma P450. (32) Najteži neželjeni efekti ovih lekova su serotoninski sindrom (koji se manifestuje nemirom, tremorom, ubrzanim radom srca, visokim krvnim pritiskom, obilnim znojenjem, dijarejom), sklonost padovima i gastrointestinalno krvarenje. (33-35) Manje opasni neželjeni efekti su gubitak težine, seksualna disfunkcija, antiholinergički efekti, agitacija i problemi sa spavanjem. (36) Lekovi iz grupe SNRI dovode do doznog zavisne dijastolne hipertenzije zbog čega treba biti oprezan pri njihovom ordiniranju i doziranju. (37)

Neke studije bavile su i ispitivanjem povezanosti fizičke aktivnosti i depresije. Pokazano je se da aerobne vežbe mogu koristiti kao alternativa antidepresivima kod starijih osoba (38) Pored toga, za vežbe sa opterećenjem (lako podizanje tegova) takođe je pokazano da mogu tokom perioda od četiri do pet meseci umanjiti simptome depresije. (39)

Psihoterapija

Poslednjih decenija posebno se proučava značaj psihoterapije u lečenju depresije. Modaliteti koji su se izdvojili ne samo kao efikasni, već i kao dovoljno jednostavni za obučavanje osoba koje rade u sistemima za zaštitu mentalnog zdravlja su kognitivno bihevioralna (CBT) i interperosonalna terapija (IPT). Ono što je dodatni benefit ovih vidova psihoterapije je i mali broj seansi potrebnih za postizanje vidljivih rezultata (12-20 seansi), što je posebno značajno pacijentima prilikom odlučivanja o otpočinjenju psihoterapije. Pokazano je da su stariji pacijenti u odnosu na mlađu populaciju bili redovniji u dolascima na seanse zbog čega je posledično viđen i veći benefit primenjene terapije kod njih. (40) Bez obzira na pokazane benefite, u jednom istraživanju je utvrđeno da bi se samo 27% lekara odlučilo da stariju osobu sa simptomima depresije uputi na psihoterapiju. (41)

Prognoza

Dugo se smatralo da je depresija oboljenje koje uglavnom spontano prolazi i da ukoliko je lečenje neophodno ono treba da traje samo u periodu najintenzivnijih simptoma, nakon čega se očekivalo da se pacijenti vrate u potpunosti na premorbidni nivo funkcionisanja. Vremenom je pokazano da ukoliko se ne leči na vreme, depresija poprima hronični, rekurentni tok. Nakon inicijalnog oporavka, kod 50% pacijenata dolazi do relapsa unutar prvih godinu do dve dana. Od onih koji su imali jednu depresivnu epizodu, njih 50-85% će imati i drugu depresivnu epizodu. Otprilike 80-90% onih koji su imali drugu depresivnu epizodu kasnije će imati i treću, a kod oko 90% pacijenata sa teškom depresijom dolazi do njenog rekurentnog pojavljivanja. (42)

Depresija se često javlja udružena sa drugim psihijatrijskim premećajima, od koji su najčešći anksiozni poremećaj, panični poremećaj i bolesti zavisnosti (od lekova, alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci). Komorbiditet sa drugim psihijatrijskim poremećajima usložnjava lečenje depresije, povećava se rizik za hronifikaciju, povećava se broj hospitalizacija, značajno se narušava opšta funkcionalnost pacijenata i povećava se suicidalni rizik. (43) Stope suicida najviše su u ovoj populaciji pacijenata sa depresijom, i čak 25% svih suicida izvrše starije osobe. Prediktori suicidalnog rizika su godine života, muški pol, razvod ili gubitak supružnika, socijalna izolacija, teška somatska oboljenja i zloupotreba supstanci. (44)

Zaključak

Depresija u starijoj životnoj dobi predstavlja ozbiljan zdravstveni problem s obzirom na njenu učestalost, često neprepoznavanje simptoma i značajan uticaj na kvalitet života. Uzimajući u obzir biološke, psihološke i socijalne faktore koji doprinose razvoju depresije kod starijih osoba, neophodno je prepoznati je kao stanje koje zahteva pravovremenu dijagnostiku i sveobuhvatan terapijski pristup.

Efikasno lečenje podrazumeva kombinaciju farmakoterapije, psihoterapije i promena životnih navika, uključujući fizičku aktivnost i socijalnu podršku. Pravovremeno prepoznavanje depresije može značajno smanjiti rizik od hronifikacije, suicidalnih ishoda i dodatnih zdravstvenih komplikacija. Stoga je važno podizati svest o ovoj problematici kako među stručnjacima, tako i u široj javnosti, kako bi starije osobe imale pristup adekvatnoj nezi i podršci.

Reference

1. World Health Organization: WHO. Mental health of older adults [Internet]. Geneva, Switzerland; 2023. [cited 2025 February 20] Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Washington DC: APA Press; 1994.
3. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis.* 2012; 3(6):465-71.
4. Thomas AJ, O'Brien JT. Mood disorders in the elderly. *Psychiatry.* 2009; 8:56-60.
5. Benazzi F. Late-life depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998; 13:145-8.
6. Thomas AJ, Gallagher P, Robinson LJ, et al. A comparison of neurocognitive impairment in younger and older adults with major depression. *Psychol Med.* 2009; 39(5):725-33.
7. O'Brien JT, Lloyd A, McKeith I, Gholkar A, Ferrier N. A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 2081-90.
8. National Institute on Aging: NIA. Depression and Older Adults [Internet]. Baltimore, Maryland; 2025. [cited 2025 February 22] <https://www.nia.nih.gov/health/mental-and-emotional-health/depression-and-older-adults>
9. Herrmann LL, Le Masurier M, Ebmeier KP. White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008; 79: 619-24.
10. Thomas AJ, O'Brien JT, Davis S, et al. Ischemic basis for deep white matter hyperintensities in major depression: a neuropathological study. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59: 785-92.
11. O'Brien J, Ames D, Chiu E, Schweitzer I, Desmond P, Tress B. Severe deep white matter lesions and outcome in elderly patients with major depressive disorder: follow up study. *BMJ.* 1998; 317: 982-84.
12. Sheline Y, Mintun M, Moerlein S, Snyder A. Greater loss of 5-HT(2A) receptors in midlife than in late life. *Am J Psychiatr.* 2002; 159: 430-435.
13. Tsukada H, Kakiuchi T, Nishiyama S, Ohba H, Harada N. Effects of aging on 5-HT(1A) receptors and their functional response to 5-HT(1A) agonist in the living brain: PET study with carbonyl-(11)CIWAY-100635 in conscious monkeys. *Synapse.* 2001; 42: 242-251.
14. Thomas AJ, O'Brien JT. Mood disorders in the elderly. *Psychiatry.* 2009; 8(2):56-60.
15. Braam A, van den Eeden P, Prince M, et al. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychol Med.* 2001; 31: 803-814.
16. Koenig H, Cohen H, Blazer D, Kudler H, Krishnan K, Sibert T. Cognitive symptoms of depression and religious coping in elderly medical patients. *Psychosomatics.* 1995; 36: 369-375.

17. Schoevers RA, Smit F, Deeg DJ, Cuijpers P, Dekker J, van Tilburg W, Beekman AT. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry*. 2006; 163:1611–21.
18. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5:363–89.
19. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, Haller F, Cvetanovska-Pllashiniku G. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008; 111:153–63.
20. Naismith SL, Norrie LM, Mowszowski L, Hickie IB. The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Prog Neurobiol*. 2012; 98:99–143.
21. Forlenza O, Junior A, Hiralal E, Ferreira R. Antidepressant efficacy of sertraline and imipramine for the treatment of major depression in elderly outpatients. *Sao Paulo Med J*. 2000; 118: 99–104.
22. Mulsant B, Pollock B, Nebes R, et al. A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortriptyline and paroxetine in older depressed inpatients and outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9: 406–414.
23. Salloway S, Boyle P, Correia S, et al. The relationship of MRI subcortical hyperintensities to treatment response in a trial of sertraline in geriatric depressed outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10: 107– 111.
24. Feighner J, Cohn J. Double-blind comparative trials of fluoxetine and doxepin in geriatric patients with major depression. *J Clin Psychiatry*. 1985; 46: 20–25.
25. Cohn C, Shrivastava R, Mendels J. Double-blind multicenter comparison of sertraline and amitriptyline in elderly depressed patients. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51: 28–33.
26. Kalona C, Hunder B, Bray J. A double-blind comparison of paroxetine and imipramine in the treatment of depression with dementia. *Intl J Geriatr Psychiatry*. 1998; 13: 100–180.
27. Nyth A, Gonfried C, Lyby K. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 86: 138–145.
28. Gnanadesigan N, Espinoza RT, Smith R, Israel M, Reuben DB. Interaction of serotonergic antidepressants and opioid analgesics: Is serotonin syndrome going undetected? *J Am Med Dir Assoc*. 2005;6(4):265-9.
29. Schatzberg A, Kremer C, Rodrigues H, Murphy G. Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10: 541– 550.
30. Weihs K, Settle E, Batey S, Houser T, Donahue R, Ascher J. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 2001; 61: 196– 202.
31. Alexopoulos G, Katz I, Reynolds C, Carpenter D, Docherty J. The Expert Consensus Guideline Series: pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med*. (special issue) 2001:1– 86.

32. Pollock B. Geriatric psychiatry: psychopharmacology: general principles. In: Sadock B, Sadock V, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* VII. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 2000; 3086– 3090.
33. Volpi-Abadie J, Kaye AM, Kaye AD. Serotonin Syndrome. *Ochsner J.* 2013;13(4):533–540.
34. Thapa P, Gideon P, Cost T, Milam A, Ray W. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med.* 1998; 339: 918– 920.
35. de Abajo F, Rodriguez L, Montero D. Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *Br Med J.* 1999; 319: 1106– 1109.
36. Edinoff AN et al. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Adverse Effects: A Narrative Review. *Neurol Int.* 2021;13(3):387–401.
37. Gnanadesigan N, Espinoza RT, Smith R, Israel M, Reuben DB. Interaction of serotonergic antidepressants and opioid analgesics: Is serotonin syndrome going undetected? *J Am Med Dir Assoc.* 2005;6(4):265-9.
38. Blumenthal J, Babyak M, Moore K, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 2349– 2356.
39. Singh N, Clements K, King M. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized controlled trial. *J Gerontol Med Sci.* 2001; 56:497–504.
40. Walker D, Clarke M. Cognitive behavioral psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Mental Health* 2001; 5: 197–199.
41. Alvidrez J, Arean P. Physician willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *Intl J Psychiatr Med.* 2002; 32: 21– 35.
42. Holma KM, Holma IA, Melartin TK, Rytälä HJ, Isometsä ET. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(2):196-205.
43. Grover S, Dutt A, Avasthi A. An overview of Indian research in depression. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(Suppl 1):178-88.
44. Hall CA, Reynolds-Iii CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas.* 2014;79(2):147-52.

TREĆA ŽIVOTNA DOB, AKTIVNO STARENJE I ULOGA FIZIOTERAPEUTA U OČUVANJU FUNKCIONALNOSTI

Sažetak

Starenje je složen biološki proces koji dovodi do postupnog opadanja funkcionalnih sposobnosti organizma, što može rezultirati smanjenom pokretljivošću i povećanim rizikom od bolesti. Fizioterapijska procjena starijih osoba ključna je za određivanje stupnja funkcionalne sposobnosti i rizika od padova. Cilj rada je opisati koja je uloga fizioterapeuta u očuvanju funkcionalnosti osoba treće životne dobi kroz aktivno starenje i kako osobe starije životne dobi mogu poboljšati svoju kvalitetu života kroz uključivanje u tjelesne aktivnosti i vježbanje. Sintetizirane su ključne informacije iz znanstvenih istraživanja vezanih uz aktivno starenje osoba starije životne dobi i uloge fizioterapeuta kao zdravstvenog djelatnika u promoviranju zdravih životnih navika, edukaciji starijih te očuvanju njihove funkcionalnosti. Svrha rada je podizanje svijesti o važnosti uključivanja osoba starije životne dobi u različite oblike rekreativnih tjelesnih aktivnosti kako bi im se očuvala ili poboljšala kvaliteta života. Fizioterapeut je istodobno terapeut i učitelj zdravog stila života za starije osobe. Edukativna uloga fizioterapeuta često znači dugoročno praćenje i podršku starijoj osobi. Aktivno starenje obuhvaća fizičko, mentalno i socijalno blagostanje te primjenu biopsihosocijalnog pristupa u svakom planu terapije. Interdisciplinarni timski rad često je najbolji put za rješavanje složenih problema starijih osoba. Znanstveni doprinos rada ogleda se u sustavnom prikazu uloge fizioterapeuta unutar koncepta aktivnog starenja, s naglaskom na očuvanje funkcionalnosti starijih osoba, pri čemu se fizioterapijska struka pozicionira kao ključni čimbenik u preventivnom i rehabilitacijskom pristupu zdravlju starije populacije. Time se doprinosi razvoju znanstvene i stručne podloge za planiranje učinkovitih programa koji uključuju starije osobe u očuvanje vlastitog zdravlja i funkcionalnosti.

Ključne riječi: aktivno starenje; kvaliteta života osoba starije životne dobi; očuvanje funkcionalnosti; treća životna dob; uloga fizioterapeuta

¹Zavod za integrativnu medicinu, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayer u Osijeku, Crkvena 21, 31 000 Osijek, Hrvatska

Doktorski studij Odgojne znanosti i perspektive obrazovanja, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Sveučilište J.J. Strossmayer u Osijeku, Cara Hadrijan 10, 31 000 Osijek, Hrvatska

²Zavod za integrativnu medicinu, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayer u Osijeku, Crkvena 21, 31 000 Osijek, Hrvatska

Doktorski studij Odgojne znanosti i perspektive obrazovanja, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Sveučilište J.J. Strossmayer u Osijeku, Cara Hadrijan 10, 31 000 Osijek, Hrvatska

*Autor za korespondenciju: Meri Reili, univ.mag.physioth., email: mreili@fdmz.hr

³Odjel za zdravstvene studije, Sveučilište "Lavoslav Ružička" u Vukovaru, Županijska 50, 32 000 Vukovar, Hrvatska

THE THIRD AGE OF LIFE, ACTIVE AGING AND THE ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN PRESERVING FUNCTIONALITY

Abstract

Aging is a complex biological process that leads to a gradual decline in the body's functional abilities, which can result in reduced mobility and an increased risk of disease. Physiotherapy assessment of older people is crucial for determining the level of functional ability and risk of falls. The aim of the paper is to describe the role of physiotherapists in preserving the functionality of older people through active aging and how older people can improve their quality of life through involvement in physical activities and exercise. Relevant scientific knowledge related to active aging of older people and the role of physiotherapists as health professionals in promoting healthy lifestyle habits, educating the elderly and preserving their functionality has been synthesized. The purpose of the paper is to raise awareness of the importance of involving older people in various forms of recreational physical activities in order to preserve or improve their quality of life. A physiotherapist is both a therapist and a teacher of a healthy lifestyle for older people. The educational role of a physiotherapist often means long-term monitoring and support for an older person. Active ageing encompasses physical, mental, and social well-being, as well as the application of a biopsychosocial approach in every treatment plan. Interdisciplinary teamwork is often the best way to solve complex problems of the elderly. The scientific contribution of the work is reflected in the systematic presentation of the role of physiotherapists within the concept of active aging, with an emphasis on preserving the functionality of the elderly, whereby the physiotherapy profession is positioned as a key factor in the preventive and rehabilitation approach to the health of the elderly population. This contributes to the development of a scientific and professional basis for planning effective programs that involve the elderly in preserving their own health and functionality.

Keywords: active aging; preservation of functionality; quality of life of older people; role of physiotherapists; third age

Uvod

Treća životna dob razdoblje je određenih životnih i bioloških promjena koje su prirodan dio čovjekova životnog ciklusa. Uz njih, prisutne su i brojne psihološke i socijalne prilagodbe kao što su odlazak u mirovinu, promjene u obiteljskim odnosima, gubitak bliskih osoba te redefiniranje vlastite uloge i identiteta. Suočavanje s procesom starenja često nije jednostavno. No, prihvaćanje starenja kao prirodne i neizbježne životne faze ključno je za očuvanje unutarnjeg mira, dostojanstva i kvalitete života (1). S rastom životne dobi događaju se mnogobrojne promjene organa i organskih sustava, što dovodi do progresivnog slabljenja i oštećenja njihove funkcije pa se u starosti učestalije javljaju pojedine kronične bolesti, a time i funkcionalna onesposobljenost starijeg čovjeka. Ne postoji istovjetnost biološke i kronološke starosti, već je ona uvjetovana genotipskom i fenotipskom individualnošću čovjeka, a izražava se u različitim životnim razdobljima. Zbog toga sam proces starenja započinje od začeća i traje do smrti. Znanstvene spoznaje danas potvrđuju kako se ne može odrediti stvarna granica između evolucijske i involucijske faze starenja. Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda i unapređenju zdravstvene zaštite te kao posljedica smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama je došlo do produženja životnog vijeka, a time i većeg udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji. Broj stanovnika starijih od 65 godina neprekidno i ubrzano raste, prvenstveno u ekonomski razvijenim zemljama, ali je ta tendencija prisutna i u zemljama u razvoju (2). Kako životni vijek odmiče, odnosno sve dulji je, ljudi u određenom periodu života postaju neaktivni. Brojna istraživanja pokazuju da starija dob nema adekvatna udruženja niti tjelesnu aktivnost koju zaslužuje (1, 2). Često su zapostavljeni i nedovoljno uključeni u različite aktivnosti. Time se pospješuje razvijanje nekih bolesti, ali i promjene psiholoških stanja. Uključivanje u tjelesnu aktivnost dovodi do povećanja općeg zdravstvenog stanja svakog pojedinca na bilo kojoj razini. Planirano, prilagođeno (ovisno o dosadašnjem zdravstvenom stanju) i kontinuirano tjelesno vježbanje sprječava narušavanje biološko – funkcionalnog i zdravstvenog stanja organizma. Pri tjelesnom vježbanju velika je mogućnost razvitka pozitivnih moralnih osobina kao što su neke od njih odlučnost, smjelost, prisebnost, upornost, ustrajnost, discipliniranost, inicijativnost, iskrenost, životni optimizam i kulturno ponašanje (3). Prema podacima Gerontoloških zdravstveno – statističkih pokazatelja za Hrvatsku 2020./2021. godine u izdanju Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba, udio starijih ljudi u pučanstvu Hrvatske progresivno raste te se Hrvatska svrstava, prema klasifikaciji Ujedinjenih Naroda, u četvrtu skupinu država Europe s vrlo starom populacijom. Naime, u popisnoj 2021. godini udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosi 22,45% (4). S obzirom na kontinuirani porast broja starijih osoba u populaciji, nužno je osigurati njihovo aktivno uključivanje u rekreativne tjelesne aktivnosti. Redovita tjelesna aktivnost u trećoj životnoj dobi ima višestruke pozitivne učinke, doprinosi očuvanju tjelesne funkcionalnosti, prevenciji brojnih kroničnih bolesti poput dijabetesa, kardiovaskularnih i koštano – mišićnih oboljenja, te poboljšava psihičko zdravlje i kvalitetu života. Poticanjem starijih osoba na aktivan životni stil ne samo da se unapređuje njihovo zdravstveno stanje, već se i smanjuje teret zdravstvenog sustava te jača njihova socijalna uključenost i osjećaj vlastite vrijednosti. Problem kod starije populacije često se pojavljuje u strahu od određenih aktivnosti i strahu od pada, stoga im je potrebno pružiti potporu i ohrabrivati ih. Važno je uključiti starije osobe u različite oblike aktivnosti kako bi se prevenirala pojava bolesti te očuvala njihova funkcionalna sposobnost, omogućujući im samostalnost i veću kvalitetu svakodnevnog života. Starenje i starost predstavljaju jedan od ključnih izazova suvremenog društva (4, 5). U tom kontekstu, iznimno je važno usmjeravati i educirati širu javnost o načinima kojima se starijim osobama može omogućiti aktivno, dostojanstveno i zdravo starenje. To podrazumijeva stvaranje podržavajućeg okruženja koje potiče tjelesnu aktivnost. Kroz

edukaciju obitelji, zdravstvenih djelatnika, sportskih stručnjaka moguće je razviti kvalitetne programe prilagođene potrebama starije populacije, s ciljem očuvanja njihove neovisnosti, dostojanstva i kvalitete života u poznijim godinama (5).

Tjelesna aktivnost odnosi se na skup pokreta i radnji koje se događaju u svakodnevnom životu, a dovode do povećane potrošnje energije. Primjeri uključuju hodanje, obavljanje kućanskih poslova ili rad u vrtu. S druge strane, tjelesno vježbanje podrazumijeva izvođenje ponavljajućih, strukturiranih pokreta s ciljem održavanja i unaprjeđenja snage, kondicije, fleksibilnosti te općeg zdravstvenog stanja. Brojne studije potvrđuju pozitivan utjecaj redovne tjelesne aktivnosti na zdravlje i dugovječnost. Aktivan stil života smanjuje rizik od razvoja koronarne bolesti srca, nastanka moždanog udara, ponovnog srčanog infarkta kod osoba koje su već jedan preživjele. Redovito vježbanje dovodi do sniženja ukupnog kolesterola u krvi i triglicerida te povećanja koncentracije „dobrog“ lipoproteina visoke gustoće (HDL), smanjenja rizika razvoja povišenog krvnog tlaka, smanjenja rizika razvoja dijabetesa neovisnog o inzulinu, smanjenja rizika razvoja karcinoma debelog crijeva, postizanja i održavanja zdrave tjelesne težine, smanjenje osjećaja depresije i straha, unaprjeđuje psihološka stabilnost, smanjenje stresa, održavanje zdravih kostiju, mišića i zglobova, održavanje lakšeg kretanja bez padova i jakog zamora (5, 6).

Treća životna dob i aktivno starenje

Broj stanovništva starije životne dobi počeo se naglo povećavati već od sredine prošlog stoljeća. Dok je četrdesetih godina prošlog stoljeća prosječni životni vijek bio 49 godina, danas je to 75 godina s tendencijom daljnjeg rasta. Danas u društvu svjedočimo sve većem broju starijih osoba. Razlozi za to leže u porastu kvalitete života, napretku medicine koja omogućuje učinkovitije metode liječenja, kao i u sveukupnom razvoju znanosti koja je značajno promijenila suvremeni način života u usporedbi s prošlim vremenima. Nova demografska situacija uvjetuje i nov način poimanja starosti, kao i mijenjanje položaja starijih ljudi u društvu. Bitno je razlikovati dva pojma koji su vrlo nedefinirani, a to su stariji čovjek i star čovjek (6). Budući da je starenje proces postupnog propadanja organizma (koje počinje praktički već nakon rođenja), a starost stanje organizma, čini se opravdano govoreći o starijim, a ne o starim ljudima (one osobe kod kojih taj proces traje i koje još mogu obavljati svakodnevne aktivnosti). Razne statistike koje obuhvaćaju starije ljude uključuju umirovljenike ili osobe od 60 i više godina. Ove godine koriste se za promatranje demografskih kretanja. Vrlo se često ta dobna skupina u svakodnevnom životu ignorira kao višak iako mnogi ljudi nakon što odu u mirovinu poživje još i do 30 godina. Kada nekoga nazivamo umirovljenikom, taj pojam nerijetko nosi određenu dozu podcjenjivanja, ponajprije zbog ukorijenjenih predrasuda koje starije osobe prikazuju kao one s konzervativnim pogledima i slabim razumijevanjem suvremenih promjena. No, današnji stariji ljudi više nisu pasivni promatrači društva. Oni sve češće preuzimaju aktivnu ulogu u oblikovanju vlastitog slobodnog vremena, uključuju se u hobije, obrazovne programe, korištenje računala i interneta, sportske aktivnosti, kulturna događanja, pa čak i politički život. Druženjem s vršnjacima i uključivanjem u društvene tokove, starije osobe pokazuju kako starenje može biti ispunjeno, aktivno i smisleno razdoblje života. U Europi odnosno najstarijem kontinentu u kojem se broj starijih osoba ponegdje približava postotku od 25 % udjela u ukupnoj populaciji, podržavaju se i razvijaju različiti modeli za uključivanje starijeg stanovništva u aktivan život zajednice (7). Time se održava vitalnost te funkcionalnost ljudi, smanjuju se bolesti, iskorištavaju se saznanja te iskustva iz prošlost. Starije ljude treba tretirati kao samostalne i integrirane ličnosti, prema njima svi ljudi trebaju odnositi kao prema odraslim osobama, trebaju imati iste životne prilike kao i ostali članovi društva, imaju pravo samostalno

odlučivati o daljnjoj perspektivi vlastitog života, imaju pravo na budućnost, pravo na rekreaciju i prijatelje, pravo na romantiku i intenzivan emocionalni život. Članovi društva trebaju se zanimati za starije i pomagati im te imaju pravo na profesionalnu pomoć stručnjaka u svim područjima. Poštivajući određene odredbe o ponašanju prema starijoj populaciji dovesti će stariju populaciju do produljenja njihovog vijeka i poboljšanja kvalitete života (6).

Potreba za kretanjem jedna je od osnovnih bioloških potreba kod ljudi. Tjelesna aktivnost ključna je za održavanje mišićne i kardiorespiratorne kondicije i predstavlja važan temelj zdravlja u cijelom životu. Kako ljudi stare i dostižu tjelesnu zrelost, njihova uključenost u tjelesnim aktivnostima ima tendenciju smanjenja, a smanjena tjelesna aktivnost kod starijih ljudi ima određene negativne učinke na zdravlje (8). Postoje razlike između sadašnje i prethodnih generacija starijih. U današnjoj generaciji manja je sposobnost za izvođenje svakodnevnih aktivnosti dok je u prijašnjim generacijama ta sposobnost bila daleko veća. Uzrok tome može biti u smanjenom kretanju, tjelesna aktivnost i vježbanje u mladosti te vježbanje u odrasloj dobi. Ovaj fenomen sličan je razlici između aktivnih i neaktivnih ljudi. To je razlog zašto su neki ljudi u šezdesetima često vitalniji od prosječnih dvadeset godišnjaka. Tjelesna aktivnost ključna je odrednica potrošnje energije i stoga je temeljna za energetske ravnotežu i kontrolu težine (8).

Kao rezultat fizioloških i bioloških čimbenika te smanjene aktivnosti starijih osoba, događaju se specifične promjene koje obilježavaju stariju životnu dob. Starenjem dolazi do gubitka elastičnosti, podražljivosti mišića te je smanjen broj miofibrila. Ujedno dolazi do gubitka vezivnog tkiva, porasta masnoga tkiva, kao i senilne ili postmenopauzalne osteoporoze te poremećaja propriocepcije. Starenje također uzrokuje i promjene u kardiovaskularnom i respiratornom sustavu.

Degenerativne promjene uzrokovane prirodnim starenjem vidljive su na kralježnici te velikim zglobovima kao što su kukovi, koljena i ramena. Najčešći simptomi su bol i oteklina zglobova te smanjena pokretljivost i funkcionalna sposobnost. Sve navedeno rezultira većim rizikom od pada i nastanka daljnjih komplikacija kod starijih osoba. Svake godine gotovo jedna trećina osoba starijih od 65 godina barem jednom doživi pad. Incidencija padova povećava se s porastom životne dobi te je puno veća za starije osobe koje su smještene u ustanove. Prema nekim istraživanjima smatra se da svake godine padne otprilike jedna trećina starijih osoba (9). Statistički podaci pokazuju da je oko pet posto smrti osoba starijih od 65 godina prouzročeno padom. U Hrvatskoj je udio starijih osoba iznad 65 godina od ukupno hospitaliziranih (N=5599 hospitalizacija) zbog prijeloma bedrene kosti iznosio 67,99 %, što implicira nužnu primjenu mjera prevencije pada u starijoj dobi. U svrhu prevencije pada, potrebno je ukloniti onečišćenja i prepreke u prostoru gdje starija osoba boravi. To znači da treba obratiti pažnju na stepenice, pragove, tepihe, namještaj i ostale moguće prepreke. Potrebno je prilagoditi osvjetljenje jer je vid oslabio, paziti na mokre podove, koristiti obuću koja se ne kliže, prilagoditi lijekove koje starija osoba uzima, konzumira li alkohol i slično. Prevalencija osteoporotičnih prijeloma povećava se sa životnom dobi. Prijelome gotovo uvijek uzrokuje pad, ali u težim slučajevima oni se mogu dogoditi spontano. Prevalencija osteoporoze kod žena je značajno veća, a podaci upućuju da 70 % žena u dobi od 80 godina ima osteoporozu. Najčešće lokacije na kojima se događaju osteoporotični prijelomi su prsni kralješci, vrat bedrene kosti i ručni zglob. Jedna od pet osoba starijih od 55 godina ima ili je imala prijelom kralješka (9, 10). Jedna od tri žene te jedan od 12 muškaraca u dobi nakon 50. godine života doživjet će prijelom kao posljedicu osteoporoze. Prijelomi vrata femura uglavnom pogađaju žene starije od 70 godina, a prijelomi u području ručnog zgloba uglavnom se događaju ženama između 40. i 60. godine života. Nakon 70. godine života, odvija se postepeni gubitak koštane mase u oba spola. Smanjenje funkcije organa koji su uključeni u regulaciju razine kalcija mogu uzrokovati njegov manjak u organizmu. Faktori na koje starije osobe mogu utjecati su nedostatak tjelesne aktivnosti, niska tjelesna masa, nagli gubitak tjelesne mase, deficit vitamina D zbog nedovoljnog izlaganja

sunčevom zračenju ili nedostatnog uzimanja nadomjestaka prehrani, nedovoljno unošenje kalcija prehranom, pretjerano konzumiranje alkohola, kofeina, nedostatak proteina, vlakana i soli te pušenje (8).

Redovito sudjelovanje u tjelesnim aktivnostima smanjuje rizik dijabetesa, koronarne bolesti srca i moždanog udara, hipertenzije, osteoporoze, rak debelog crijeva, rak dojke, rizik od pada i depresiju. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) je 2010. godine izdala preporuke za svakodnevnu tjelesnu aktivnost u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravstvenog stanja. Prema tim preporukama, starije osobe trebale bi izvoditi minimalno 150 minuta umjerene do snažne tjelesne aktivnosti tjedno (11).

Strah i nezainteresiranost za tjelesno – rekreativne sadržaje

Osobe starije životne dobi pokazuju visoku razinu nezainteresiranosti za tjelesne aktivnosti te imaju određen stupanj straha prema njima i njihovoj primjeni. Veliki postotak starijih ljudi ne zna za blagodati koje ima vježbanje te nije upoznat s činjenicom koliko je vježbanje značajno i potrebno za organizam u fazi starenja. Mnoge starije osobe ne znaju kako bi prebrodili osjećaj usamljenosti. Nakon što su izuzeti iz radnog procesa, brzo gube vezu s mjestom gdje su radili, kao i sa suradnicima koji su od njih mlađi. Socijalne kontakte bi trebalo razvijati u mjestu stanovanja što je zapravo vrlo rijetka pojava u današnje vrijeme. Dio starijih osoba osjeća nepovjerenje u vlastite snage. Otprilike pet godina nakon isključenja s radnog mjesta oni gube povjerenje u svoju tjelesnu sposobnost te prevladava osjećaj da ih više nitko ne treba. Pojavljuje se i viši stupanj morbiditeta. Unutrašnja zatvorenost starijih osoba često dovodi do zatvaranja u svoja četiri zida pa samim time i do sedentarnog načina života (12).

Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu nego predstavljaju sastavni integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju. Osnove za zdravo aktivno starenje uz očuvanje funkcionalne sposobnosti i unapređivanje zdravlja u dubokoj starosti postavljaju se u ranijoj životnoj dobi kroz vlastite odluke i pozitivno zdravstveno ponašanje. Nepušenje, pravilna i uravnotežena prehrana, održavanje normalne tjelesne težine te redovita, svakodnevna, umjerena tjelesna aktivnost najvažniji su čimbenici u održavanju zdravlja i vitalnosti. U očuvanju zdravlja i funkcionalne sposobnosti veliku ulogu danas imaju gerontološki centri. Realizacijom gerontoloških centara, multifunkcijskih centara neposredne izvaninstitucijske skrbi za starije u lokalnoj zajednici, moguće je ostvariti europski, a ujedno i hrvatski gerontološki pristup primjene integralnog programa u zaštiti zdravlja starijih ljudi. Gerontološki centri osiguravaju interdisciplinarni pristup i koordinacijsko djelovanje socijalne i zdravstvene skrbi. Razvojem gerontoloških centara i unapređenjem izvaninstitucijske skrbi za starije u lokalnoj zajednici gdje isti žive i stvaraju te s infrastrukturnom povezanošću s domovima za starije, moguće je ublažiti postojeću pasivnost i socijalnu izoliranost starijih i doprinjeti zdravom i aktivnom starenju hrvatskoga staračkog pučanstva. Osnovni je cilj zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće u njegovu prebivalištu lokalne zajednice u kojoj živi (12). Gerontološki centri imaju programe primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije. Provodi se program utvrđivanja te suzbijanja rizičnih čimbenika nastanka bolesnog starenja i sprječavanja negativnoga zdravstvenog ponašanja starijih, a zbog kojih u pravilu dolazi do pojave multimorbiditeta i funkcionalne onesposobljenosti osoba u ranijoj starosti od 65 godina. Također, osigurava se svakodnevna pomoć, njega i rehabilitacija te stalna tjelesna, psihička i radna aktivnost, kulturno – zabavna, rekreativna te psihološka, zdravstvena i pravna savjetovanja uz usluge dnevnog boravka za starije, kao i dostava obroka u kući te druge usluge gerontodomaćica (12). Gerontološki centri imaju svoja jasno definirana načela i ciljeve. Njihov rad je usmjeren na očuvanje funkcionalne sposobnosti, zaštitu zdravstvenog stanja te promidžbu kvalitete života u starijoj populaciji. Kao središta okupljanja osoba treće životne dobi, zauzimaju ključnu ulogu

u provođenje preventivnih aktivnosti s ciljem smanjenja čimbenika rizika koji mogu otežati proces starenja. Promoviraju i potiču na sustavnu tjelesnu, mentalnu i radnu aktivnost starije populacije, pružaju edukativne programe te omogućuju međugeneracijsko povezivanje kroz zajedničku skrb za starije članove društva (12, 13).

Važnost fizioterapije u promicanju aktivnog i zdravog starenja

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), očekuje se da će se broj ljudi u dobi od 60 i više godina udvostručiti do 2050. godine. Ova demografska promjena dovodi do brojnih izazova za zdravstvene djelatnike i zdravstveni sustav u cjelini. Tijekom tog procesa osobe se često suočavaju s raznim tjelesnim izazovima koji mogu znatno utjecati na mobilnost i ukupnu kvalitetu života. Starije osobe često doživljavaju pad tjelesne funkcije, što posljedično dovodi do smanjene neovisnosti i niže kvalitete života. U gerijatrijskoj skrbi značajna je uloga fizioterapije čiji je cilj pomoći starijim osobama da održe ili povrate svoju tjelesnu aktivnost, mobilnost, pokretljivost, lakše upravljaju kroničnim stanjima i vode aktivniji i ispunjeniji život (14).

Povećanu brigu za starije osobe predstavljaju padovi koji nerijetko mogu dovesti do ozbiljnih prijeloma i ozljeda te gubitka povjerenja u vlastitu pokretljivost. Do padova najčešće dolazi zbog narušene ravnoteže te slabih i krhkih koštanih struktura, ali isto tako zbog oslabljenih mišićnih i vezivnih struktura koje osiguravaju čvrstoću i stabilnost zglobova. Pomoću standardiziranih, kliničkih testova fizioterapeuti mogu procijeniti rizik od pada kod starijih osoba. Ovisno o stupnju rizika za pad, moguće je razviti programe vježbanja za poboljšanje ravnoteže i koordinacije, smanjujući šanse za padove. Zdravlje kostiju također igra vitalnu ulogu u smanjenju ozbiljnosti potencijalnog pada. Gustoća kostiju u lumbalnom djelu kralježnice i kuku može se procijeniti pomoću DEXA skeniranja (apsorpciometrija s dvostrukom energijom). Ovo je posebna vrsta rendgenske snimke koja mjeri mineralnu gustoću kostiju i pruža informacije o čvrstoći ili krhkosti kostiju te riziku od prijeloma kostiju. Veća gustoća općenito ukazuje na manji rizik od prijeloma, a vježbanje s opterećenjem dokazan je način poboljšanja čvrstoće koštano-gustog sustava (15).

Artritis je uobičajeno stanje među starijom populacijom, a manifestira se ukočenim, bolnim i otečenim zglobovima. Navedeno stanje često dovodi do otežanog obavljanja svakodnevnih aktivnosti i smanjenja radne sposobnosti. Fizioterapeuti ne mogu utjecati na potpuno izlječenje bolesti, ali mogu olakšati simptome, smanjiti posljedice bolesti i poboljšati kvalitetu života. Provođenjem odgovarajućih fizioterapijskih tehnika poput manualne terapije i mobilizacije zglobova poboljšava se pokretljivost zahvaćenih zglobova, smanjuje mišićni spazam, smanjuje bol i ukočenost (14). Nakon toga fizioterapeut sastavlja individualizirani program vježbanja u skladu s funkcionalnom sposobnošću osobe, koji ima za cilj održati i unaprijediti postignute rezultate. Pažljivo osmišljen fizioterapijski pristup očuvat će funkcionalnost i doprinijeti većoj neovisnosti i samostalnosti kod starijih osoba.

Mnoge starije osobe doživljavaju kroničnu bol koja dovodi do umora i iscrpljenosti. Kod starije populacije bol je često posljedica raznih patofizioloških promjena koje dolaze s godinama života. Neki od uzroka mogu biti degenerativna oboljenja, autoimune bolesti, dijabetes, problemi s kralježnicom, posturalne promjene i neaktivan stil života. S vremenom, dugotrajna i neliječena bol narušava svakodnevno funkcioniranje i radnu sposobnost starijih osoba, smanjujući njihovu produktivnost i sudjelovanje u dnevnim aktivnostima. Osim toga, bol može dovesti do loše higijene spavanja i uzrokovati nesanicu. Kao rezultat emocionalne iscrpljenosti može se pojaviti napetost u obiteljskim i prijateljskim odnosima. Prema tome, kronična bol predstavlja kompleksnu multifaktorsku pojavu koja ne utječe samo na oboljelu osobu, već i na njegove bližnje (16). Fizioterapeuti se na dnevnoj bazi susreću s pacijentima koji pate od

kronične boli i koriste brojne tehnike i metode kojima se može postići olakšanje i smanjiti bol kod starije populacije. Primjena elektroanalgetskih struja, termoterapijskih procedura, relaksirajućih tehnika, vježbi disanja samo su neke od tehnike koje se mogu primjenjivati u svrhu smanjenja mišićno koštane napetosti i boli (16). Svakako, tjelovježba predstavlja neizostavnu komponentu u smanjivanju kronične boli. Njezin blagotvoran učinak na bol očituje se kroz povećanje mišićne mase i snage, poboljšanje stabilnosti zglobova i fleksibilnosti mekih struktura, te poticanja cirkulacije i oslobađanja prirodnog analgetika, endorfina i na taj način omogućavajući tijelu da se adekvatno nosi s bolom. Bol često izaziva strah i nesigurnost kod pacijenta tijekom vježbanja (17). Tada je uloga fizioterapeuta pomoći oboljeloj osobi da zadrži pozitivan stav, prevlada barijere i nastavi s aktivnim stilom života kako bi ponovno stekla povjerenje u svoje sposobnosti i svoje tijelo.

Jedan od vodećih ciljeva fizioterapijskih intervencija u gerijatrijskoj skrbi je unapređenje funkcionalne samostalnosti i neovisnosti. To znači omogućiti starijim osobama da s lakoćom obavljaju svakodnevne aktivnosti, kao što su transferi, hodanje, ustajanje iz kreveta, održavanje osobne higijene, oblačenje i kuhanje. Nesmetano izvođenje ovih aktivnosti uvelike pridonosi kakvoći života i smislenosti starije osobe omogućavajući joj da živi samostalnije i obavlja svakodnevne aktivnosti bez potrebe za stalnom pomoći drugih. Ovo pridonosi i emocionalnoj dobrobiti starije populacije smanjujući rizik od nastanka depresivnih i anksioznih poremećaja (17, 18). Starija populacije često se susreće s kognitivnim problemima kao što su pogoršanje kratkoročne memorije, pažnje i sporije reagiranje na podražaje i obradu novih informacija iz okoline. Aktivan stil življenja i redovito provođenje fizioterapijskih programa vježbanja može imati i kognitivne prednosti. Pokazalo se da tjelesna aktivnost poboljšava zdravlje mozga i smanjuje rizik od kognitivnog pada i neurodegenerativnih stanja poput demencije, Alzheimerove i Parkinsonove bolesti. Redovita tjelovježba poboljšava vaskularno zdravlje i moždani metabolizam. Kroz aerobne vježbe, vježbe za poboljšanje koordinacije, snage i vježbe sa složenim motoričkim zadacima fizioterapeut može pomoći u aktiviranju kognitivnih elemenata i stimulirati različite dijelove mozga, potaknuti mehanizme neuroplastičnosti i pridonijeti smanjenju kognitivnog opadanja kod starije populacije (19, 20). Tjelesno neaktivne starije osobe imaju smanjenu mogućnost participacije u socijalnim interakcijama te su nerijetko povučene iz socijalnog okruženja. Socijalna isključenost zbog poteškoća u tjelesnom funkcioniranju kod takvih osoba može dovesti do nezadovoljstva i depresije te razvoja somatskih bolesti. Starijim osobama je socijalizacija i druženje sa svojom generacijom vrlo bitan faktor u zdravom i aktivnom starenju, a upravo bavljenje tjelesnom aktivnošću može im to pružiti. Prilikom izbora vježbi za starije osobe posebnu pozornost treba obratiti da te vježbe budu prikladne upravo za stariju populaciju i da ih takve osobe mogu izvoditi bez da se izlažu riziku ozljeđivanja. Nadalje, preporučljivi oblici aktivnosti za starije osobe su šetnja, lagano trčanje, biciklizam, plesanje, plivanje, sobna gimnastika i stolni tenis. Kao što je već spomenuto, tjelesne aktivnost ne uključuje samo strukturirano vježbanje i sport, nego ona za stariju populaciju predstavlja njihov angažman u slobodnom vremenu, rad u vrtu, obavljanje kućanskih poslova te provođenje aktivnog vremena u prirodi s obitelji, prijateljima i unucima (21).

Uloga fizioterapeuta u gerijatrijskoj skrbi je potaknuti starije osobe na uključivanje u programe tjelesne aktivnosti i fizioterapijskih postupaka, te educirati korisnike o dobrobiti sudjelovanja. Promjenom životnih navika moguće je smanjiti subjektivne tegobe i unaprijediti funkcionalnost lokomotornog sustava, što će u konačnici pozitivno utjecati na cjelokupno zdravstveno stanje i kvalitetu života starije populacije.

Edukacija i edukativna uloga fizioterapeuta u procesu aktivnog starenja

U društvu koje ubrzano stari, fizioterapeuti imaju ključnu ulogu u promicanju aktivnog starenja. To je procesa kojim starije osobe održavaju zdravlje, funkcionalnost i sudjelovanje u svakodnevnom životu. Profesor treba studentima istaknuti da edukativna uloga fizioterapeuta nije samo terapijski rad, već i zdravstveno odgojna uloga: motivirati i podučiti starije osobe kako redovita tjelesna aktivnost, prevencija bolesti i zdrave navike doprinose kvaliteti života u starijoj dobi. Već tijekom studija, studenti fizioterapije moraju steći kompetencije za rad sa starijim osobama (22). Demografski trendovi ukazuju na porast udjela starijeg stanovništva, što povećava potrebu za stručnjacima osposobljenima za gerijatrijsku fizioterapiju. Stoga moderni nastavni planovi i programi uključuju gerontologiju i gerijatrijsku rehabilitaciju kako bi studenti razumjeli biološke, psihološke i socijalne promjene povezane sa starenjem te specifične potrebe starijih pacijenata. Jednako važan aspekt je i osobni primjer studenata i budućih terapeuta. Fizioterapeut će moći uvjerljivo potaknuti stariju osobu na vježbanje samo ako sam pokazuje primjer zdravih navika i dosljedno ih primjenjuje u svakodnevnom životu. Istraživanja pokazuju da zdravstveni djelatnici koji i sami održavaju zdrave životne navike skloniji su preporučivati takva ponašanja pacijentima, a pacijenti su motiviraniji promijeniti navike kada im je terapeut vjerodostojan model zdravog ponašanja (22, 23). Većina studenata fizioterapije pokazuje visoku razinu vlastite brige o zdravlju. Profesori trebaju kontinuirano naglašavati kako osobna kondicija i stavovi budućih fizioterapeuta utječu na njihovu edukativnu vjerodostojnost. Ovo uključuje poticanje studenata da i sami budu tjelesno aktivni, vode računa o ergonomiji, kondiciji i zdravlju, kako bi jednog dana mogli autentično savjetovati starije pacijente. Na taj način studenti se od početka formiraju ne samo kao terapeuti, već i kao promotori zdravlja (23). Obrazovne institucije prepoznale su važnost integracije gerijatrijskih sadržaja u studij fizioterapije. Ishodi učenja kolegija Gerontologija jasno naglašavaju cilj, a to je usvojiti znanja o sprječavanju ili smanjenju nepovoljnih učinaka starenja i unapređenju kvalitete života starijih osoba. Posljedično, studenti razvijaju veću fleksibilnost i strpljenje u radu sa starijima te se osposobljavaju za učinkovito timsko djelovanje u skrbi za starije osobe. Ovakav nastavni plan i program osigurava da budući fizioterapeuti razumiju ne samo patologiju i terapiju, već i širu sliku zdravog starenja (24). U europskim programima također se ističe edukacija o aktivnom starenju. Primjerice, Sveučilište u Malti ima modul *Physiotherapy for Older Adults* koji potiče interaktivno učenje, studenti uz mentore surađuju sa zdravim starijim osobama u zajednici, provode razgovore s njima u njihovom okruženju i raspravljaju o stvarnim problemima vezanim uz rehabilitaciju starijih. Naglasak je na korištenju znanstvenih dokaza i lokalnih znanja kako bi studenti naučili isplanirati i provesti fizioterapijske intervencije prilagođene starijim osobama, bilo da se radi o pacijentima s postojećim problemom kretanja, o zdravim seniorima koji žele ostati aktivni i neovisni. U sklopu takvog modula studenti uvježbavaju holistički pristup od detaljne procjene starijeg pacijenta, preko postavljanja realnih ciljeva i plana vježbanja, do prilagodbe komunikacije i suradnje u interdisciplinarnom timu (25). Slični primjeri postoje i drugdje u Europi, mnogi studiji fizioterapije uključuju predmete iz gerijatrije, praktičnu nastavu u domovima za starije ili rehabilitacijskim centrima, te izborne predmete o promociji zdravlja starijih. Važno je istaknuti i prijenos edukativne uloge u praksu: tijekom kliničkih vježbi studenti često sudjeluju u stvarnim programima za starije. Primjerice, u Hrvatskoj se povodom Međunarodnog dana fizioterapije organiziraju javno-zdravstvene akcije. Jedna takva akcija pod nazivom "Tjelesna aktivnost za život" uključila je učenike i nastavnike u demonstraciji vježbi i predavanja za građanstvo, s ciljem isticanja značaja tjelovježbe u prevenciji i kontroli kroničnih bolesti, osobito kod osoba treće životne dobi. Ovakva iskustva pokazuju studentima kako teorijska znanja primijeniti edukacijom izvan klinike, u široj zajednici, te ih uče kako fizioterapeuti mogu biti pokretači pozitivnih promjena u navikama starijih osoba (26).

Koncept aktivnog (ili zdravog) starenja temelji se na shvaćanju da kvaliteta života u starijoj dobi nije određena samo izostankom bolesti, nego i očuvanjem fizičkih sposobnosti, mentalnog zdravlja i društvene uključenosti. Fizioterapeuti u svom radu primjenjuju biopsihosocijalni model, koji integrira sve te dimenzije. Profesor treba studentima objasniti da svaki stariji pacijent treba biti sagledan holistički: u kontekstu svojih bioloških karakteristika (bolesti, tjelesne sposobnosti), psiholoških faktora (motivacija, kognitivne funkcije, emocije) te socijalnih okolnosti (obitelj, podrška okoline, društvene uloge). Primjer takvog pristupa je razumijevanje utjecaja tjelesne aktivnosti na uspješno starenje. Redovita tjelesna aktivnost djeluje višestruko blagotvorno, a s jedne strane poboljšava fiziološke funkcije (kardiovaskularno zdravlje, mišićnu snagu, ravnotežu) i kognitivne sposobnosti te doprinosi psihičkoj dobrobiti starije osobe kroz osjećaj postignuća, autonomije i društvene interakcije (27). Znanstveni dokazi potvrđuju da je tjelesna aktivnost zaštitni čimbenik protiv kroničnih bolesti, smanjuje rizik od kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara, dijabetesa i pojedinih karcinoma te poboljšava mentalno zdravlje, odgađa pojavu demencije i povećava kvalitetu života starijih ljudi. Također, vježbanje dokazano smanjuje učestalost padova u starijoj populaciji jačanjem mišića i ravnoteže, čime se prevenira ozljede i održava neovisnost (28). Iz teorijskih znanja proizlazi koje bi sadržaje i vještine studenti trebali usvojiti da bi mogli učinkovito educirati i motivirati starije pacijente kao budući zdravstveni djelatnici. Ključne teme i vještine uključuju poznavanje koristi tjelesne aktivnosti. Studenti trebaju moći objasniti starijima zašto je kretanje važno, od utjecaja na prevenciju bolesti do poboljšanja raspoloženja. Konkretno, mogu navesti da redovna aktivnost smanjuje rizik od kroničnih bolesti i održava funkcionalnu neovisnost (26).

Budući fizioterapeuti trebaju znati kako učinkovito educirati o mjerama prevencije specifičnim za stariju dob, poput vježbi za prevenciju padova (trening ravnoteže, jačanje mišića nogu), prevenciju osteoporoze (opterećenje kostiju kroz vježbu), pravilno držanje i ergonomija u svakodnevnim aktivnostima, te važnost redovitih zdravstvenih kontrola. Studente se uči procijeniti funkcionalnu sposobnost starije osobe poput sposobnosti obavljanja aktivnosti dnevnog života i prepoznavanja područja koja treba unaprijediti, poboljšati snagu za ustajanje sa stolca ili izdržljivost za duže hodaње. Na temelju toga, moraju znati kreirati prilagođen program vježbi. Fizioterapeutska izobrazba obuhvaća znanja iz kineziologije i patofiziologije starenja, što omogućuje studentima da odaberu sigurne i učinkovite vježbe za svakog pojedinca (29). Osim stručnog znanja, rad sa starijima zahtijeva izuzetno strpljenje, empatiju i umijeće motivacije. Studenti trebaju naučiti komunicirati jasno i uvažavajuće. Govoriti dovoljno glasno i razgovijetno ako starija osoba slabije čuje, koristiti jednostavan jezik i ponavljati upute po potrebi, ali bez patroniziranja. U hrvatskom nastavnom planu i programu poseban naglasak stavljen je na komunikaciju prilagođenu specifičnostima starije dobi poput komunikacije s osobama koje prolaze kroz tugu zbog gubitka, s demencijom, oštećenog vida ili sluha (27). Također, važno je razumjeti principe motiviranja odraslih osoba, postavljanje dostižnih ciljeva vježbanja, davanje pozitivne povratne informacije za svaki uspjeh, uključivanje aktivnosti koje su osobi ugodne i korisne za svakodnevni život te poticanje grupnog vježbanja radi druženja. Tehnike motivacijskog intervjuiranja mogu biti korisne jer uče studente kako adresirati otpor prema promjeni navika i zajedno sa starijom osobom pronaći unutarnju motivaciju za aktivnost. Edukativna uloga fizioterapeuta često znači dugoročno praćenje i podršku starijoj osobi. Studenti moraju shvatiti da jednokratni savjet nije dovoljan, potrebno je pratiti napredak, prilagođavati program, rješavati prepreke (bolovi, strah od pada, nedostatak motivacije) i povezati se s obitelji ili skrbnicima kako bi se preporuke provodile kontinuirano. U tom smislu, razvijaju vještine planiranja praćenja i korištenja dostupnih resursa u zajednici poput slanja pacijenta u lokalnu grupu vježbanja za starije, edukativne brošure i video materijali za vježbe kod kuće. Teorijska podloga aktivnog starenja daje studentima široko razumijevanje zašto je njihov edukativni rad bitan. Kada shvate da primjerena tjelesna aktivnost može starijoj osobi

produžiti godine zdravlja, spriječiti pad koji bi doveo do prijeloma kuka ili održati sposobnost da živi neovisno u vlastitom domu, studenti dobivaju motivaciju da stečena znanja prenesu u praksu. Suradnja sa zajednicom jedna je od najučinkovitijih načina da studenti shvate edukativnu ulogu. Ono podrazumijeva izravno iskustvo rada sa starijim osobama u zajednici (29, 30). Profesori mogu organizirati *service-learning* projekte u sklopu kolegija. To znači da studenti, uz mentorski nadzor, odlaze u zajednicu i vode grupu vježbanja u domu za starije, provode procjenu rizika od padova u lokalnom klubu umirovljenika ili drže kratka edukativna predavanja starijim građanima o važnosti aktivnosti (30). Istraživanja pokazuju izvanredne koristi ovakvog pristupa, kada su studenti fizioterapije sudjelovali u osmišljavanju i provođenju programa vježbanja za starije, značajno im je poraslo samopouzdanje u radu s ovom populacijom, a istovremeno se smanjila početna anksioznost ili nesigurnost prema starijim pacijentima. Drugim riječima, praktičnim radom u stvarnom okruženju studenti razbijaju strah ili predrasude i uvježbavaju svoje komunikacijske i kliničke vještine. Čak i ako neki studenti u početku zaziru od rada sa starijima, takva iskustva često mijenjaju njihove stavove na pozitivno (31).

Zaključak

Treća životna dob predstavlja razdoblje koje se često zanemaruje i marginalizira, raste potreba kod starijih osoba za aktivno i ravnopravno sudjelovanje u društvu. Kroz suradnju različitih sektora, važno je stalno osmišljavati i planirati nove pristupe s naglaskom na unaprjeđenje zdravstvenog stanja, sigurnosti, neovisnosti i društvenog sudjelovanja gerijatrijske populacije. Starenje sa sobom donosi brojne promjene u organizmu što često dovodi do prekida ili izbjegavanja tjelesne aktivnosti. Iako brojne starije osobe više ne mogu sudjelovati u sportskim i ostalim intenzivnijim aktivnostima, program fizikalne terapije i provođenje prilagođenih fizioterapeutskih vježbi pridonijeti će poboljšanju općeg zdravstvenog stanja i učiniti da se starije osobe osjećaju bolje i zdravije. Međutim, uloga fizioterapeuta nije samo provesti program vježbi s pacijentom, nego ga i educirati o važnosti i dobrobitima tjelovježbe te pravilnom izvođenju vježbi, kako bi mogao nastaviti biti tjelesno aktivan u vlastitom domu. Fizioterapeut je istodobno terapeut i učitelj zdravog stila života za starije osobe. Važno je stariju osobu sagledati cjelovito, uzimajući u obzir ne samo njegovo tjelesno zdravlje, već i psihološko zdravlje te razinu socijalnog blagostanja. Strpljenje, kvalitetan odnos i pružanje podrške ključni su elementi u motiviranju starijih osoba za aktivno sudjelovanje u terapiji i očuvanju zdravlja. Potrebno je slušati pacijentove ciljeve i strahove te prilagoditi fizioterapeutske intervencije njihovim mogućnostima. Područje gerijatrijske fizioterapije i promocije zdravlja stalno se razvija pa je potrebno učiti iz primjera dobre prakse, dijeliti iskustva s kolegama i surađivati s drugim strukama u korist starijih pacijenata. Interdisciplinarni timski rad često je najbolji put za rješavanje složenih problema starijih osoba.

Literatura

1. Oswald F, Wahl HW, Wanka A, Chaudhury H. Theorizing place and aging: Enduring and novel issues in environmental gerontology. In: Wanka A, editor. Handbook on aging and place. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2024. str. 37–60.
2. Cartwright A, Smith C. Elderly people, their medicines, and their doctors. Abingdon: Taylor & Francis; 2024.
3. Nuzum H, Stickel A, Corona M, Zeller M, Melrose RJ, Wilkins SS. Potential benefits of physical activity in MCI and dementia. *Behav Neurol*. 2020;2020:7807856. doi:10.1155/2020/7807856.
4. Devčić S, Glamuzina L, Rotim C, Huić T, Kušan Jukić M, Mičuga M, i sur. Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugih demencija: priručnik za patronažne sestre. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“; 2021. ISBN: 978-953-6998-661.
5. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17(3):567-580. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
6. Jakšić Ž, Kovačić L i sur. Socijalna medicina. Zagreb. Medicinska naklada. 2000.
7. Puškadija K, Baturina D. Doprinos civilnog društva kvaliteti života osoba u starijoj životnoj dobi u gradu Zagrebu. *Sociol Prostor*. 2024;62(1(229)):63-89.
8. Kehler DS, Theou O. The impact of physical activity and sedentary behaviors on frailty levels. *Mech Ageing Dev*. 2019;180:29-41. doi:10.1016/j.mad.2019.03.004
9. Cai Y, Han Z, Cheng H, Li H, Wang K, Chen J, et al. The impact of ageing mechanisms on musculoskeletal system diseases in the elderly. *Front Immunol*. 2024;15:1405621.
10. Petrović N, Đimoti R, Zapalac M, Kitanović J, Brizar I. Povezanost pada, straha od pada i tjelesne aktivnosti kod starijih osoba. *Hrana Zdravlju Bolesti*. 2016;2(8):33-7.
11. Izquierdo M, Duque G, Morley JE. Physical activity guidelines for older people: knowledge gaps and future directions. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(6):e380-e3. doi:10.1016/S2666-7568(21)00079-9.
12. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, Dostupno na adresi :<https://health.gov/sites/default/files/2019-09/paguide.pdf> Datum pristupa: 06.11.2022.
13. Touhy TA, Jett KF. Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging-E-Book. 1st ed. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2021.
14. Naidoo S, Naidoo N. Physical activity and ageing: The role of physiotherapy in promoting healthy ageing. *South Afr J Physiother*. 2025;81(1):2114.
15. Ong MF, Soh KL, Saimon R, Wai MW, Mortell M, Soh KG. Fall prevention education to reduce fall risk among community-dwelling older persons: A systematic review. *J Nurs Manag*. 2021;29(8):2674-88. doi:10.1111/jonm.13434.
16. Chen J, Wang X, Qian H, Ye J, Qian J, Hua J. Correlation between common postoperative complications of prolonged bed rest and quality of life in hospitalized elderly hip fracture patients. *Ann Palliat Med*. 2020;9(3):1125-1133. doi:10.21037/apm-20-891
17. Hrvatska komora fizioterapeuta. Kliničke smjernice u fizikalnoj terapiji. Zagreb: Hrvatska komora fizioterapeuta; 2011.
18. Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Živjeti zdravo aktivno starenje. Zagreb: CZG ZZJZ Grada Zagreba; 2003.
19. Pinheiro DGM, Silva DF, da Cunha ES, da Silva Sousa FR, de Sousa LN, Rodrigues RR, et al. Development of a physiotherapy rehabilitation protocol for promoting cognitive health in elderly individuals. *Braz J Clin Med Rev*. 2023;1(3):58-67.
20. Galić S, Tomasović Mrčela N, sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek; 2013.

21. Krtalić S, Krističević T, Knjaz D. Starenje i tjelesna aktivnost. *Hrvat Športskomed Vjesn.* 2016;31(1):3-8.
22. Szabo DA, Pârvu C, Mocanu GD, Harabagiu N, Sopa IS, Truşcă G, Stoica A. The role and importance of the physiotherapists in educational institutions. *Geosport for Society.* 2025;22(1):10-
23. Black B, Marcoux BC, Stiller C, Qu X, Gellish R. Personal health behaviors and role-modeling attitudes of physical therapists and physical therapist students: a cross-sectional study. *Phys Ther.* 2012;92(11):1419-1436. doi:10.2522/ptj.20110037
24. World health organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Dostupno na adresi: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/NCD-Global_Strategy_Diet_Physical-Activity_health_2004.pdf Datum pristupa 06.11.2022.
25. Lim K, Taylor L. Factors associated with physical activity among older people—a population-based study. *Prev Med* 2005; 40: 33–40.
26. University of Malta. PHT3103: Gerontology and Physiotherapy – Study-Unit Aims. Msida: University of Malta; 2025. Dostupno na adresi: <https://www.um.edu.mt/courses/studyunit/PHT3103>. Datum pristupa 1.4.2025.
27. Hrvatska komora fizioterapeuta. Svjetski dan fizioterapije. Zagreb: Hrvatska komora fizioterapeuta;2025. Dostupno na adresi: <https://www.hkf.hr/svjetski-dan-fizioterapije/>. Datum pristupa: 1.4.2025.
28. Vincent-Onabajo GO, Mustapha A, Oyeyemi AY. Medical students' awareness of the role of physiotherapists in multidisciplinary healthcare. *Physiother Theory Pract.* 2014;30(5):338-344.
29. Špan, M. Obrazovanje starijih ljudi – tajna dugovječnosti. Zagreb: Pučko otvoreno učilište;2000.
30. Duraković Z. Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb: Poslovne informacije d.o.o.;2005.
31. Avers D, Wong R. Guccione's Geriatric Physical Therapy E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019.

GERIJATRIJSKA MEDICINA

Sažetak

Tijekom proteklih 30 godina gerijatrijska medicina se razvila, uspostavljajući temeljne vrijednosti, šireći istraživanja i razvijajući modele skrbi za poboljšanje dobrobiti starijih osoba. Zdravstveni sustav se bori da zadovolji potrebe stanovništva koje stari, što dovodi do nedostataka u učinkovitoj skrbi. Američko gerijatrijsko društvo (AGS) identificira pet ciljeva za rješavanje ovih izazova: osiguravanje visokokvalitetne skrbi, širenje istraživanja, povećanje obuke radne snage, zapošljavanje pružatelja usluga i suradnja radi utjecaja na politiku.

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena (CGA) ima multidisciplinarni pristup pregledu, prevenciji, liječenju, kvaliteti skrbi i rehabilitaciji, smanjujući ponovni prijem u bolnicu i promičući neovisnost. Standardizacija CGA ključna je za zadovoljavanje rastuće potražnje.

Istraživanja naglašavaju terapije duha i tijela (MBT) kao što su joga i tai chi kao učinkovite nefarmakološke tretmane za kognitivno i emocionalno blagostanje. Dok prevencija pada ostaje izazov, potrebno je bolje ciljano istraživanje. Pothranjenost je također rasprostranjena, a rane, točne nutritivne procjene ključne su za pravovremene intervencije.

Temeljne vrijednosti gerijatrijske medicine naglašavaju skrb usmjerenu na pacijenta, timski rad i kontinuirano učenje. Poticanjem suradnje i integracijom holističkih pristupa vođenih istraživanjem, gerijatrijska medicina može dovesti do sustavnih promjena i poboljšati ishode za starije osobe.

Ključne riječi: gerijatrija; gerijatrijska medicina; medicina; skrb; starenje; starija populacija

Summary

Over the past 30 years, geriatric medicine has evolved, establishing core values, expanding research, and developing models of care to improve the well-being of older adults. The healthcare system is struggling to meet the needs of an aging population, leading to gaps in effective care. The American Geriatrics Society (AGS) identifies five goals to address these challenges: ensuring high-quality care, expanding research, increasing workforce training, recruiting providers, and collaborating to influence policy.

The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) takes a multidisciplinary approach to screening, prevention, treatment, quality of care, and rehabilitation, reducing hospital readmissions and promoting independence. Standardization of CGA is essential to meeting the growing demand.

Research highlights mind-body therapies (MBTs) such as yoga and tai chi as effective nonpharmacological treatments for cognitive and emotional well-being. While fall prevention

¹ Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Adresa za dopisivanje: Park kralja Petra Krešimira IV/6, 31000 Osijek, dumiclea@gmail.com
ORCID: Lea Dumić (0009-0000-6247-4287)

remains a challenge, better targeted research is needed. Malnutrition is also widespread, and early, accurate nutritional assessments are essential for timely interventions.

The core values of geriatric medicine emphasize patient-centered care, teamwork, and continuous learning. By fostering collaboration and integrating research-led, holistic approaches, geriatric medicine can lead to systemic change and improve outcomes for older adults.

Keywords: aging; care; geriatrics; geriatric medicine; medicine; older population

1. Uvod

Tijekom proteklih 30 godina, gerijatrijska medicina je brzo rasla, uspostavljajući temeljne vrijednosti, izgrađujući snažnu bazu znanja, razvijajući modele skrbi za poboljšanje zdravlja, funkcioniranja i dobrobiti starijih osoba. Ima napredne tretmane za uobičajena stanja, promovira odgovarajuću palijativnu skrb i zalaže se za bolju zdravstvenu skrb za starije osobe. Međutim, usprkos tom napretku, sustav zdravstvene skrbi ne drži korak s potrebama sve starije populacije, a takav status dovodi do rizika neučinkovite skrbi. Radna skupina Američkog gerijatrijskog društva (AGS) istaknula je pet ključnih ciljeva za rješavanje ovih izazova: osigurati svim starijim osobama visokokvalitetnu skrb usmjerenu na pacijenta; širenje istraživanja i znanja o gerijatriji; povećanje broja zdravstvenih djelatnika obučanih za načela gerijatrije; regrutiranje više pružatelja usluga na terenu; te suradnja s javnim i privatnim sektorom kako bi se utjecalo na politiku i potaknulo sustavna poboljšanja. Postizanje navedenih ciljeva zahtijeva široku suradnju s vladom, organizacijama i partnerima u zajednici, kao i značajnu reformu sustava pružanja zdravstvene skrbi i financiranja kako bi se poboljšala kvaliteta skrbi. Gerijatri, sa svojom specijaliziranom stručnošću i posvećenošću starijim osobama, u dobroj su poziciji da vode ovu transformaciju.

2. Temeljne vrijednosti i kompetencije u gerijatrijskoj medicini

Gerijatrijska medicina vođena je temeljnim vrijednostima koje oblikuju skrb za pacijente poput profesionalizma, obrazovanja, zagovaranja i vodstva. Ova načela pomažu osigurati da starije osobe dobiju visokokvalitetnu, sveobuhvatnu skrb.

Temeljne vrijednosti možemo podijeliti na:

2.1. Izvrsnost u kliničkoj skrbi

- Sveobuhvatna skrb usmjerena na pacijenta: Poštivanje preferencija pacijenata i obitelji uz rješavanje medicinskih, mentalnih i društvenih potreba.
- Koordinirana, interdisciplinarna skrb: Osiguravanje glatkih prijelaza između ustanova skrbi uz jasnu komunikaciju među pružateljima usluga.
- Usredotočenost na kvalitetu života i funkcioniranje: davanje prioriteta funkcionalnom statusu i dobrobiti kao ključnim ishodima.
- Stručnost u gerijatrijskim stanjima: upravljanje kroničnim bolestima, promicanje prevencije i rehabilitacije te pružanje palijativne skrbi i skrbi na kraju života.

- Sigurnost pacijenata i kulturološka kompetencija: Sprječavanje ozljeda i poštivanje različitih pozadina.

2.2. Profesionalnost

- Visoki etički standardi i timski rad: Podržavanje integriteta i njegovanje jakih odnosa s vršnjacima.
- Cjeloživotno učenje: Održavanje certifikata i kontinuirani profesionalni rast.
- Nastava i mentorstvo: Edukacija stručnjaka i šire zajednice.

2.3. Proširenje znanja o starenju

- Predanost istraživanju: Unapređenje znanja kroz klinička istraživanja, istraživanja ponašanja i zdravstvenih usluga.
- Studije poboljšanja kvalitete: Istraživanje boljih načina pružanja skrbi i poboljšanja ishoda.

2.4. Obrazovanje i razvoj radne snage

- Široki naponi u podučavanju: Osposobljavanje zdravstvenih djelatnika u različitim disciplinama u različitim okruženjima.
- Promicanje gerijatrijske obuke: opremanje pružatelja usluga vještinama potrebnim za skrb o starijim osobama.

2.5. Zagovaranje starijih osoba

- Usklađivanje autonomije i sigurnosti: Podržava informirano donošenje odluka uz osiguranje sigurnosti.
- Zagovaranje politika i sustava: rad s institucijama i kreatorima politika na poboljšanju sustava zdravstvene zaštite i javnih politika za starije osobe.

2.6. Liderstvo u gerijatriji

- Vizija i fleksibilnost: Predviđanje promjena u zdravstvu i proaktivna prilagodba.
- Mobilizacija resursa: Osiguravanje onoga što je potrebno za unaprjeđenje gerijatrijske skrbi.
- Zajedničko vodstvo i vodstvo u cijelom sustavu: suradnja s drugim specijalnostima i preuzimanje vodećih uloga u zdravstvenim i političkim sektorima.

Podržavajući te vrijednosti i kompetencije, gerijatri mogu voditi transformaciju zdravstvene skrbi kako bi bolje služila populaciji koja stari (1).

3. Multidisciplinarni pristup u gerijatrijskoj medicini

Gerijatrijska medicina oduvijek se oslanjala na timski rad kako bi pružila najbolju skrb starijim osobama, koje često imaju višestruka zdravstvena stanja. Upravljanje ovom složenošću zahtijeva multidisciplinarni pristup, koji uključuje liječnike, medicinske sestre, fizioterapeute, njegovateljenje, psihologe i srodne zdravstvene i ne-zdravstvene stručnjak. Sastanci MDT-a (multidisciplinarnog tima) godinama su središnji dio ove specijalnosti.

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena (CGA) multidisciplinarni je pristup koji procjenjuje medicinske, psihosocijalne i funkcionalne potrebe slabijih starijih osoba. U uvjetima akutne

skrbi, CGA pomaže u stvaranju koordiniranih planova skrbi integrirajući stručnost gerijata, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika. CGA se bavi pet ključnih domena: pregled, prevencija, liječenje, kvaliteta skrbi i rehabilitacija. Ovaj holistički pristup pomaže u upravljanju kroničnim stanjima, sprječava komplikacije i vraća funkcionalnu neovisnost. Smanjuje ponovni prijem u bolnicu, poboljšava kvalitetu života i povećava vjerojatnost povratka starijih osoba kući. Unatoč svojim prednostima, standardizacija intervencija temeljenih na CGA ključna je za zadovoljavanje rastućih potreba stanovništva koje stari. Usvajanjem ovog suradničkog, višedimenzionalnog pristupa, zdravstveni sustavi mogu pružiti učinkovitiju skrb usmjerenu na pacijenta koja čuva dostojanstvo i promiče dobrobit starije populacije (3).

4. Istraživanja načina poboljšanja života starije populacije

4.1. Mind and body terapije za kogniciju i mentalnu dobrobit starije populacije

Kako svjetska populacija stari, potraga za učinkovitim tretmanima za poremećaje raspoloženja i kognitivne poremećaje u kasnoj životnoj dobi postaje sve važnija. Sve veći broj istraživanja naglašava potencijal terapija duha i tijela (MBT) kao obećavajućih intervencija koje promiču dobrobit i kognitivno zdravlje starijih osoba. Ove terapije, koje uključuju prakse poput joge, tai chija i meditacije u hodu, nude holističke pristupe rješavanju mentalnih i emocionalnih izazova koji često prate starenje.

Istraživanje koje su proveli Laird K. i suradnici (2018) uključuje randomizirane kontrolirane studije i meta-analize, te pružaju čvrste dokaze koji podupiru učinkovitost MBT-a. Nalazi sugeriraju da MBT terapije mogu značajno poboljšati raspoloženje, poboljšati kvalitetu sna i potaknuti kognitivno funkcioniranje kod starije populacije. U nekim slučajevima, terapije svjesnog pokreta mogu čak nadmašiti dobrobiti konvencionalnog tjelesnog vježbanja, osobito u poboljšanju kvalitete života i emocionalnog blagostanja. To čini MBT važnom komponentom za kliničare koji traže nefarmakološke opcije za podršku mentalnom zdravlju svojih pacijenata.

S obzirom na njihov terapijski potencijal, pružatelji zdravstvenih usluga mogu sve više preporučivati MBT kao komplementarne ili samostalne tretmane za poremećaje raspoloženja i kognitivne poremećaje u kasnoj životnoj dobi. Međutim, istraživanja koja su u tijeku i dalje su ključna kako bi se te intervencije poboljšale i kako bi se osiguralo da zadovoljavaju različite potrebe starijih osoba. Terapije duha i tijela predstavljaju moćan, pristupačan način za podršku mentalnom i kognitivnom zdravlju u populaciji koja stari (4).

4.2. Prevencija padova starijih bolesnika

Padovi su vodeći uzrok ozljeda i posjeta bolnicama za starije osobe, što je potaklo znanstvenike da razviju strategije prevencije. Morello R. i suradnici (2017) su sustavnim pregledom i meta-analizom nastojali utvrditi mogu li višefaktorske intervencije za prevenciju padova smanjiti padove, ozljede i odlaske u bolnice kod starijih osoba koje se javljaju na odjel hitne pomoći (ED) nakon pada.

Istraživanje je uključivao 12 randomiziranih kontroliranih ispitivanja koja su uključivala 3986 sudionika u šest zemalja. Intervencije su bile različite, ali obično su uključivale obrazovanje, upućivanje na zdravstvene usluge, preinake doma, programe vježbanja i prilagodbe lijekova. Unatoč ovim sveobuhvatnim pristupima, meta-analiza nije pronašla značajno smanjenje padova, ozljeda povezanih s padom, ponovnih pregleda ili prijema u bolnicu. Ti rezultati upućuju na to da trenutačne višefaktorske intervencije možda neće biti dovoljne za sprječavanje padova u ovoj visokorizičnoj skupini. Varijabilnost u kvaliteti studija i komponentama

intervencije naglašava potrebu za više ciljanim, visokokvalitetnim istraživanjem kako bi se identificirale učinkovite strategije za prevenciju pada kod starijih osoba koje se javljaju hitnoj pomoći (5).

4.3. Nutricija starije populacije

Sve veća starija populacija diljem svijeta suočava se sa značajnim zdravstvenim izazovima, pri čemu je pothranjenost glavni problem. Istraživanja pokazuju da je pothranjenost sve raširenija među hospitaliziranim starijim osobama, često neprepoznata, što pridonosi stalno visokim stopama pothranjenosti.

Kako bi navedeni problem adresirali, razvijeni su različiti alati za provjeru i procjenu prehrane, uključujući Subjektivnu globalnu procjenu (SGA), Mini Nutritional Assessment (MNA) i Indeks gerijatrijskog prehranbenog rizika (GNRI). Ovi su alati potvrđeni u mnogim zemljama i vrijedni su za prepoznavanje rizičnih pojedinaca. Međutim, niti jedan alat se ne smatra univerzalnim zlatnim standardom, zbog čega je ključno odabrati najprikladniji alat za svaku postavku. Rana i točna nutritivna procjena ključna je za osiguranje pravovremene intervencije i smanjenje stope pothranjenosti u hospitaliziranih starijih pacijenata. Primjenom strukturiranih procjena i odgovarajuće dokumentacije, pružatelji zdravstvenih usluga mogu bolje podržati stariju populaciju, čime se u konačnici poboljšavaju zdravstveni ishodi i kvaliteta života (6).

5. Zaključak

Gerijatrijska medicina značajno je napredovala u posljednjih nekoliko desetljeća, postavljajući temelje za sveobuhvatnu, interdisciplinarnu skrb koja poboljšava kvalitetu života starijih osoba. Unatoč postignućima, izazovi i dalje postoje: od prepoznavanja pothranjenosti i prevencije padova do osiguravanja dovoljnog broja educiranih stručnjaka i održivih sustava skrbi.

Ključno je nastaviti razvijati i standardizirati alate za procjenu, poticati istraživanja i promicati politike koje podržavaju specifične potrebe starije populacije. Multidisciplinarni pristup i holističke intervencije, poput sveobuhvatne gerijatrijske procjene (CGA) i terapija duha i tijela, nude obećavajuće smjernice za unaprjeđenje skrbi.

Trajna transformacija bit će moguća kroz suradnju zdravstvenih djelatnika, kreatora politika i zajednice, uz stalno ulaganje u edukaciju, istraživanje i inovacije. Tako će gerijatrijska medicina ne samo pratiti rastuće potrebe starijih osoba, već i osigurati dostojanstvenu, personaliziranu skrb koja podržava zdravlje, funkcionalnost i dobrobit u starijoj životnoj dobi.

6. Literatura

1. Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M et al. American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *Caring for older Americans: the future of geriatric medicine*. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Jun;53(6 Suppl):S245-56. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53350.x. PMID: 15963180.
2. Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine, *Age and Ageing*, Volume 48, Issue 4, July 2019, Pages 498–505, <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
3. Choi JY, Rajaguru V, Shin J, Kim KI. Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023 Jan;104:104831. doi: 10.1016/j.archger.2022.104831. Epub 2022 Oct 4. PMID: 36279806.
4. Laird KT, Paholpak P, Roman M, Rahi B, Lavretsky H. Mind-Body Therapies for Late-Life Mental and Cognitive Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Jan 25;20(1):2. doi: 10.1007/s11920-018-0864-4. PMID: 29372339.
5. Morello RT, Soh SE, Behm K, Egan A, Ayton D, Hill K, et al. Multifactorial falls prevention programmes for older adults presenting to the emergency department with a fall: systematic review and meta-analysis. *Inj Prev*. 2019 Dec;25(6):557-564. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043214. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31289112.
6. Abd Aziz NAS, Teng NIMF, Abdul Hamid MR, Ismail NH. Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging*. 2017 Oct 4;12:1615-1625. doi: 10.2147/CIA.S140859. PMID: 29042762; PMCID: PMC5634387.

PROBLEMI S KOJIMA SE STARIJE OSOBE SUSREĆU I MOGUĆA RJEŠENJA

Sažetak

Globalno starenje stanovništva stvara značajne izazove, osobito zbog porasta usamljenosti, socijalne izolacije i prekomjerne uporabe lijekova među starijim osobama. Očekuje se da će broj starijih osoba značajno porasti do 2050. godine, a većina njih će živjeti u zemljama s nižim prihodima. Usamljenost i izolacija povećavaju rizik od ozbiljnih zdravstvenih problema, uključujući smanjenje životne dobi i razvoj demencije, pa su potrebne različite strategije za njihovo ublažavanje. Intervencije koje uključuju fizičke aktivnosti, socijalnu podršku i psihološke tretmane mogu značajno smanjiti negativne učinke tih čimbenika. Povećana uporaba lijekova među starijim osobama može dovesti do komplikacija, što naglašava potrebu za boljim upravljanjem terapijama. Obiteljski liječnici mogu prepoznati socijalnu izolaciju i usmjeriti pacijente prema odgovarajućim rješenjima, poput uključivanja u društvene aktivnosti. Također, problemi s malnutricijom među starijim osobama zahtijevaju razvoj programa koji će omogućiti bolju dostupnost nutritivnih obroka i savjeta. Svi ovi aspekti zahtijevaju međusektorsku suradnju kako bi se poboljšali životni uvjeti i zdravlje starijih osoba.

Ključne riječi: starije osobe, usamljenost, poliprgramazija

Summary

Global population aging presents significant challenges, particularly due to the rise in loneliness, social isolation, and polypharmacy among older adults. The number of elderly individuals is expected to significantly increase by 2050, with most of them living in low-income countries. Loneliness and isolation increase the risk of serious health problems, including reduced life expectancy and dementia development, highlighting the need for various strategies to alleviate these effects. Interventions such as physical activity, social support, and psychological treatments can significantly reduce the negative impact of these factors. Increased medication use among older adults can lead to complications, emphasizing the need for better management of therapies. Family doctors can identify social isolation and direct patients to appropriate solutions, such as engaging in social activities. Additionally, malnutrition issues among older adults require the development of programs that will improve access to nutritious meals and advice. All these aspects require intersectoral collaboration to improve the living conditions and health of older individuals.

Keywords: elderly, loneliness, polypragmasia

¹ Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Adresa za dopisivanje: Ulica Otokara Keršovanija 5, 31000 Osijek

E-mail: sariclea97@gmail.com

Demografija

Demografija stanovništva diljem svijeta pokazuje rastući trend starenja stanovništva zbog bolje zdravstvene skrbi, napredne zdravstvene tehnologije, bolje prehrane i smanjene stope plodnosti. Očekuje se da će se do 2050. globalna populacija starijih odraslih osoba povećati za otprilike 20,6%, što će rezultirati s procijenjenih 2 milijarde starijih odraslih osoba diljem svijeta. Većina tih osoba živjet će u zemljama s niskim i srednjim dohotkom. Zbog ove brze demografske tranzicije, u nadolazećim će desetljećima postojati potencijalni nedostatak produktivnog mladog stanovništva. Stoga je bitno razviti strategije pomoću kojih se starije osobe mogu aktivno uključiti u promicanje svoje dobrobiti i dobrobiti svojih obitelji. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u sklopu svog Programa starenja i životni put razvila je „Aktivno starenje: politički okvir” za rješavanje ovog problema. Program namjerava informirati, voditi raspravu i formulirati akcijske planove koji potiču zdravo i aktivno starenje. Koncept aktivnog starenja WHO je definirala kao “proces optimiziranja prilika za zdravlje, sudjelovanje i sigurnost kako bi se poboljšala kvaliteta života kako ljudi stare”. Aktivno starenje pod utjecajem je šest odrednica: fizičko okruženje, zdravstvene i socijalne usluge, društveno okruženje, ekonomske, osobne i bihevioralne odrednice.

Usamljenost kod starijih osoba

Društvena izolacija, usamljenost i socijalna ranjivost vrlo su česti kod starijih osoba i povezani su sa značajnim pobolom i smrtnošću, usporedivim s utvrđenim čimbenicima rizika kao što su pušenje, alkohol i pretilost. Proučavane su brojne intervencije koje se bave usamljenošću i društvenom izolacijom: socijalna pomoć, tjelovježba, psihološke terapije, zdravstvene i socijalne usluge, terapija životinjama, prijateljstvo, slobodno vrijeme i razvoj vještina. Pristup usmjeren na pacijenta ključan je za odabir intervencija. Potrebe nedovoljno uslužnog i marginaliziranog stanovništva, uključujući nove imigrante, starosjedilačke starije osobe i starije osobe koje žive u siromaštvu, kao i potrebe dugotrajne skrbi i starijih njegovatelja, zahtijevaju daljnju procjenu. Dok unutrašnji čimbenici kao što su genetika, medicinska stanja i slabost pridonose zdravlju, sve se više prepoznaju učinci društvenih odrednica zdravlja – uvjeta u kojima se ljudi rađaju, žive i stare. Metaanaliza pokazala je da su usamljenost i društvena izolacija povezani s povećanim rizikom od smrtnosti od 29%. Ovaj povećani rizik od smrtnosti je u istoj kategoriji kao pušenje 15 cigareta dnevno i poremećaj konzumiranja alkohola. Osim toga, zdravstveni rizici usamljenosti nadmašili su one povezane s pretilošću. Još jedna nedavna meta-analiza pokazala je da je rizik od razvoja demencije za one s visokom razinom usamljenosti 1,58 puta veći nego za one s društvenom mrežom. Postoje dobri dokazi da pojedinci koji su usamljeni ili društveno izolirani imaju povećan rizik od fizičkih i mentalnih zdravstvenih problema, kao i povećanu upotrebu zdravstvenih usluga. Suprotno tome, povećani društveni angažman povezan je sa smanjenom invalidnošću i nižom smrtnošću. U meta-analizi Holt-Lunstad i njegovih kolega, pojedinci s jačim društvenim odnosima imali su 50% veću vjerojatnost preživljavanja. Pokazalo se da društvene veze poboljšavaju pridržavanje medicinskih režima i skraćuju vrijeme hospitalizacije.

Polipragmazija

Upotreba više lijekova stvarnost je među starijim pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Iako može biti klinički indicirana za nekoliko pacijenata, polipragmazija, definirana kao "uporaba pet ili više lijekova", povezana je s negativnim zdravstvenim ishodima, osobito za starije odrasle osobe, zbog farmakokinetičkih i farmakodinamičkih promjena koje su rezultat starenja. Ovo ukazuje na društvenu potrebu za prevencijom, identifikacijom i rješavanjem problema terapije lijekovima, što je prioritet među starijim osobama. Problemi s terapijom

definiraju se kao neželjeni događaji s kojima se susreću pacijenti, a koji uključuju ili sumnjaju na uključenost u upotrebu lijekova i ometaju očekivane rezultate terapije, zahtijevajući profesionalnu prosudbu za rješavanje. Ovaj se zahtjev može zadovoljiti pružanjem usluga upravljanja terapijom lijekovima, na temelju teoretskog i metodološkog okvira farmaceutske skrbi u Brazilu. Ova praksa usmjerena na pacijenta slijedi strukturiranu i sistematiziranu kliničku metodu donošenja odluka u farmakoterapiji, čiji je cilj osigurati pacijentima da koriste najindicanije, najučinkovitije, sigurne i prikladne lijekove za svoje zdravstveno stanje, te postići najbolje moguće zdravstvene ishode. Ovaj primjer metode koju doktori koriste u Brazilu bio bi značajan pomak za ovako veliki problem s kojim se susrećemo.

Uloga obiteljskih liječnika

Obiteljski liječnici u dobroj su poziciji da identificiraju pacijente koji su izolirani ili usamljeni, budući da bi ti pružatelji usluga mogli biti jedina točka društvenog kontakta za mnoge pacijente. Predloženo je da, baš kao što liječnici provjeravaju faktore rizika kao što su pušenje, prehrana, i tjelovježba, liječnici primarne zdravstvene zaštite mogli bi imati ulogu identificirati pacijente koji su izolirani, usamljeni ili socijalno ranjivi i preporučiti intervencije utemeljene na dokazima koje bi mogle ojačati društvene veze. Izvješće Nacionalnog vijeća za starije potvrdilo je da je trenutačno na snazi „reaktivni” pristup za rješavanje potreba društveno izoliranih pojedinaca, od kojih su mnogi identificirani ili podržani tek nakon krize. Validirane ljestvice za procjenu starijih osoba u riziku od društvene izolacije i usamljenosti, kojima bi intervencija mogla koristiti, uključuju Lubbenovu ljestvicu socijalne mreže i ljestvicu usamljenosti s tri stavke. Neke su zajednice koristile postojeće skupove podataka koji se odnose na čimbenike rizika za usamljenost - na primjer, mapiranje geografskih područja s više čimbenika rizika kako bi se stvorila "karta usamljenosti". Druge zajednice obučile su pojedince s kojima bi starije odrasle osobe mogle imati kontakt npr. volontere.

Malnutricija

Rizik od pothranjenosti kod starijih osoba (u dobi od 65 godina i više) predstavlja veliki problem u svijetu, s prevalencijom u rasponu od 21% u društvenim okruženjima i može narasti do 50% u hospitaliziranih starijih osoba. Starije osobe izložene su visokom riziku od pothranjenosti zbog više čimbenika kao što su oslabljena kognitivna funkcija, fiziološki gubitak mišićne mase, gubitak okusa i pogoršano oralno zdravlje. Multimorbiditet i polipragmazija drugi su čimbenici smanjenja apetita koji povećavaju rizik od pothranjenosti. Posljedično, proteinsko-energetska pothranjenost povećava rizik od komplikacija kao što su padovi, dekubitusi, ovisnost o njezi, pa čak i smrt. Učinkovite intervencije bile bi pomoć pacijentima vezano za plan prehrane, upute za pripremu hrane, usluga dostave hrane, te dostupnost nutritivno vrijedne hrane.

Moguća rješenja

Uključivanje socijalnih službi ključno je u odabiru intervencija koje su najprikladnije kontekstu određenog pacijenta. Mnogi gradovi imaju središnja web-mjesta i telefonske linije (npr. Kanada 211) s pretraživim bazama podataka usluga. Izrada imenika lokalne imovine može biti vrijedan referentni alat u elektroničkom medicinskom kartonu, dostupan u tiskanom obliku u ordinaciji ili distribuiran tijekom kućnih posjeta. Društveni centri i narodne knjižnice također često nude programe tjelovježbe, društvene programe i informatičku obuku za starije osobe. Povezivanje starijih osoba s pouzdanim i pristupačnim prijevozom često je preduvjet za njihovu daljnju uključenost u zajednicu i podržavanje odnosa. Rehabilitacija za blagi ili

umjereni gubitak sluha učinkovita je u poboljšanju komunikacijskih poteškoća i smanjenju usamljenosti. Financijski troškovi mogu biti prepreka za sudjelovanje u socijalnim programima.

Zaključak

Intervencije usmjerene na usamljenost i društvenu izolaciju obećavaju, ali potrebno je više istraživanja kako bi se pružile čvrste smjernice o tome koje su intervencije učinkovite za koju populaciju. Baš kao što bi usamljenost mogla biti novo pušenje, intervencije usmjerene na usamljenost i društvenu izolaciju mogle bi biti novi "statin". Međutim, rješavanje problema usamljenosti i društvene izolacije nije tako jednostavno kao propisivanje lijeka. Pristup usmjeren na pacijenta je kritičan, kao i dobro definirana partnerstva i koordinacija između onih koji rade u zdravstvu i onih u socijalnoj službi, vladi i istraživačkom sektoru. Društvena izolacija i usamljenost mogli bi biti novi gerijatrijski divovi. Kako ljudi stare i postaju ranjiviji, njihove društvene okolnosti posebno utječu na njihovo zdravlje. Društvene nejednakosti, društvena okruženja, osjećaj kontrole života i koherentnosti, društvena podrška, društvene mreže, društveni angažman, društveni kapital, društvena kohezija i socioekonomski status povezani su sa zdravstvenim statusom.

Literatura

1. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician Med Fam Can.* ožujak 2020.;66(3):176–82.
2. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, Mohan D, Myint PK, Su TT. Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. *Front Public Health.* 2023.;11:1193789.
3. Dias BM, Ramalho-de-Oliveira D, Santos BD, Neves C de M, Oliveira GCB de, Silva DÁM, i ostali. Factors associated with the identification of drug therapy problems among older patients in Primary Health Care. *Einstein Sao Paulo Braz.* 2022.;20:eAO6544.
4. Brunner S, Mayer H, Qin H, Breidert M, Dietrich M, Müller Staub M. Interventions to optimise nutrition in older people in hospitals and long-term care: Umbrella review. *Scand J Caring Sci.* rujun 2022.;36(3):579–98.

NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA - ZAKONODAVNI OKVIR I ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREPOZNAVANJU INDIKATORA NASILJA NAD STARIJIM OSOBAMA

Sažetak

Sve je prisutnija svijest o nužnosti zaštite starijih osoba. Kako bi se zaštitila prava starijih osoba nužna je zakonodavna regulacija na svjetskoj, regionalnoj i državnoj razini. Do sada je ovo područje djelomično regulirano dokumentima UN-a, Vijeća Europe, kao i ustavnim i zakonodavnim rješenjima na razini Republike Hrvatske. Svi dosada donijeti dokumenti još uvijek nedovoljno štite ovu vulnerabilnu skupinu stanovništva. Uz usvojenu zakonodavnu regulativu važna je realizacija usvojenih odredbi. U radu je detaljno opisana uloga medicinskih sestara u prepoznavanju indikatora nasilja nad starijim osobama.¹

Ključne riječi: starije osobe, nasilje, zakonodavni okvir, uloga medicinskih sestara

Summary

There is an increasing awareness of the need to protect the elderly. In order to protect the rights of the elderly, legislative regulation is necessary at the global, regional and national levels. So far, this area has been partially regulated by UN documents, the Council of Europe, as well as constitutional and legislative solutions at the level of the Republic of Croatia. All documents adopted so far still do not sufficiently protect this vulnerable group of the population. In addition to the adopted legislative regulations, the implementation of the adopted provisions is important. The paper describes in detail the role of nurses in recognizing indicators of violence against the elderly.²

Keywords: elderly, violence, legislative framework, role of nurses

Uvod

Ranjivost starijih je sve prisutniji ageizam (sustavna diskriminacija, stereotipiziranje, predrasude na temelju dobne skupine), što dovodi do izloženosti starije populacije kršenjima brojnih ljudskih prava. Nasilje nad starijom populacijom, diskriminacija, siromaštvo i nedostatak potrebitih mehanizama, mjera i usluga namijenjenim zadovoljavanju osnovnih potreba starijih dovodi do socijalne isključenosti i marginalizacije ove ranjive društvene skupine. Sve navedeno predstavlja izazov za ostvarenje ljudskih prava osoba starije životne dobi (1). U usporedbi s drugim ranjivim društvenim skupinama, prava starijih osoba nisu dovoljno kodificirana u međunarodnom pravu. Iako su Ujedinjeni narodi (UN) 2011. godine donijeli rezoluciju br. 66/127 kojom su 15. lipnja proglasili Međunarodnim danom borbe protiv nasilja nad starijim osobama, zasebna Konvencija UN nedostaje. Naime, osobe s invaliditetom i djeca imaju konvenciju na razini UN, dok osobe starije životne dobi nemaju takav dokument

¹ Klinički bolnički centar, Osijek, Hrvatska

² Klinički bolnički centar, Osijek, Hrvatska

usprkos ponovljenim zahtjevima za njeno donošenje. Zaštita interesa i prava starijih osoba nije dovoljno prepoznata od nositelja politika kao ni pravne zajednice, i to ne samo u Republici Hrvatskoj, nego i širom svijeta (1). Iako su prava starijih osoba propisana na regionalnoj razini, kao primjerice Ustavom Republike Hrvatske i zakonodavnim rješenjima, to ne bi trebalo imati utjecaja na nužnost u donošenju konvencije. Korist konvencije očituje se zaštitom prava i interesa starijih osoba kao i edukacijom opće populacije o pravima starijih. Iskustva koja su proizašla iz Konvencije o pravima djece ili Konvencije o pravima osoba s invaliditetom iznimno su bitna i treba ih inkorporirati u zaštitu prava starijih osoba.

Postojeći pravni okvir za zaštitu prava starijih osoba u Europi

Ovisno o europskim regijama, državama, pa čak i unutar različitih regija jedne države postoje značajne razlike u statusu starijih osoba. Osnovni ciljevi zaštite starijeg stanovništva na globalnoj razini su održavanje dostojanstva, prevencija diskriminacije i podizanje kvalitete života. Pošto su starije osobe ranjiva i specifična skupina društvene zajednice posebne mjere zaštite neophodne su kako bi se osigurala primjena ljudskih prava zajamčenih svim članovima društva. Na razini Vijeća Europe trenutno su aktualna dva pravno obavezujuća dokumenta za zaštitu prava starijih. Prvi takav dokument je Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1950. godine, a sljedeći je Europska socijalna povelja iz 1961. godine. U Konvenciji se nigdje ne spominju starije osobe, niti dob kao jedna od zabranjenih osnova diskriminacije, već se općenito zabranjuje diskriminacija u uživanju sloboda i prava priznatih tom Konvencijom. Iako se Konvencija ne odnosi striktno na stariju populaciju i specifičnu dobnu skupinu ne znači da se njezine odredbe ne odnose na zaštitu starijih, posebno kad su povrijeđena temeljna ljudska prava i slobode. Naime, u slučaju diskriminacije starijih osoba, dob se može svrstati u "druge okolnosti" kako se navodi u Konvenciji, odnosno u "drugi status" iz Protokola br. 12 (2). Osim odredbi koje zabranjuju diskriminaciju, postoje i odredbe Konvencije o pravu na život. Prema odredbama Konvencije zabranjuje se mučenje, kao i nečovječno ili ponižavajuće postupanje, a svaka osoba ima pravo na poštivanje obiteljskog i osobnog života (2).

Prva odredba iz temeljnih dokumenata za zaštitu ljudskih prava, koja se izričito odnosi na prava starijih osoba je ona iz Dodatnog protokola u Europskoj socijalnoj povelji iz 1988. godine. Ta odredba uvjetuje pravo starijih osoba na socijalnu zaštitu. Kako bi se ta prava ostvarila, države potpisnice Povelje obvezuju se da će promicati i usvojiti adekvatne mjere za zaštitu starijih (2), premda one nisu definirane. Cilj je omogućiti starijim osobama da imaju slobodu izbora i da vode neovisan život u svojoj uobičajenoj okolini toliko dugo koliko to žele i koliko je to moguće. Isto tako države članice obvezuju se omogućiti starijim osobama koje su smještene u ustanove adekvatnu pomoć uz poštivanje njihovog privatnog doma, kao i poštivanje njihovog odlučivanja o uvjetima života u ustanovama. Zaključno, države potpisnice jamče da će poduzeti sve mjere prilagođene specifičnim potrebama starije populacije (2). Osnovni cilj je da stariji ostanu punopravni akteri u društvu, odnosno da se ne diskriminiraju i ne isključuju iz društva zbog svoje dobi. Kako bi se to omogućilo potrebno je osigurati informiranost društva, a posebice starije populacije o pravima koja imaju.

Zbog nedostatka propisanog instrumenta za zaštitu prava starijih, a s ciljem poboljšanja njihovog položaja u zajednici važni su neobvezujući instrumenti u okviru rada Vijeća Europe. Sukladno tome, Vijeće Europe je 2012. godine osnovalo „*Drafting Group on the Human Right of Older Persons*“ (CDDH-AGE), čiji je zadatak bio sastaviti pravno neobvezujuće preporuke za promicanje prava starije populacije (2). Odbor je 2014. godine usvojio Preporuku o promicanju ljudskih prava starijih osoba. Načela sadržana u Preporuci temelje se na

regionalnim i međunarodnim standardima za zaštitu ljudskih prava. U Preporuci su 54 načela raspoređena u sedam kategorija: opća načela, zabrana diskriminacije, neovisnost i participacija, zaštita od nasilje i iskorištavanja, socijalna zaštita i zapošljavanje, skrb i pravosuđe (2)

Preporukom se naglašava potreba poštivanja dostojanstva, volje i želja osoba starije životne dobi, te njihova pravna sposobnost. Iako je Preporuka neobvezujući instrument, smatra se iznimno važnim dokumentom za zaštitu prava starijih osoba u državama članicama Vijeća Europe. Jedini je sveobuhvatan dokument koji se bavi svim važnim pitanjima za zaštitu starijih osoba. Kako se radi o pravno neobvezujućem tekstu, države članice su načelima u Preporuci vezane samo u onom opsegu u kojem su ratificirale pravno obvezujuće instrumente (Konvencija o ljudskim pravima i temeljnim slobodama, Europska socijalna povelja i drugi važni međunarodni instrumenti) (2).

U Europskoj uniji, dob je na listu zabranjenih diskriminacijskih osnova proširena stupanjem na snagu Ugovora iz Amsterdama iz 1997. godine. U Povelji Europske unije o temeljnim pravima navodi se da EU poštuje i prepoznaje prava starijih osoba da vode neovisan i dostojanstven život i da sudjeluju u kulturnom i društvenom životu (2). Skrb za stariju populaciju u EU temelji se na zagovaranju visoke kvalitete života, prevencije nepovoljnih vanjskih utjecaja, postojanju socijalnih prava, međugeneracijskoj solidarnosti, zagovaranju inkluzivnog društva, financijskoj održivosti i interdisciplinarnoj i međusektorskoj suradnji. S ciljem podizanja svijesti o aktivnom starenju u EU su provedeni razni projekti i akcije, pa je tako 1993. godine bila Europska godina starijih i solidarnosti među generacijama, a 2012. godine je bila Europska godina aktivnog starenja (2).

Zaštita starijih osoba u Republici Hrvatskoj

Ljudska prava u Republici Hrvatskoj utvrđena su Ustavom Republike Hrvatske. Zabrana svih oblika nasilničkog ponašanja nad starijim osobama propisana je Ustavom RH kao temeljnim pravnim aktom koji utvrđuje zaštitu ljudskih prava i sloboda. Odredbom Ustava propisana je dužnost države da nemoćnima, slabima i drugima, zbog nesposobnosti za rad ili nezaposlenosti, nezbrinutim osobama osigura pravo na pomoć za osiguravanje osnovnih ljudskih potreba (1). Propisana je dužnost svih da štite nemoćne osobe, kao. i dužnost djece da brinu o starim i nemoćnim roditeljima. Status starijih osoba u sustavu socijalne skrbi propisan je Zakonom o socijalnoj skrbi. Prema odredbama ovog zakona korisnik socijalne skrbi je osoba koja zbog starosti ne može samostalno skrbiti o osnovnim životnim potrebama. Propisano je kako je korisnik socijalne skrbi odrasla osoba žrtva obiteljskog ili drugog nasilja (4). Zakon o socijalnoj skrbi definira pravo na socijalne usluge smještaja, usluge pomoći u kući, novčane naknade: minimalnu naknadu, naknadu za troškove stanovanja, naknadu za troškove ogrijeva, jednokratnu naknadu, osobnu invalidninu, doplatak za pomoć i i naknadu za osobne potrebe korisnika smještaja (1). Kao osnova za hitno udomiteljstvo služi Zakon o udomiteljstvu koji propisuje žurno zbrinjavanje kada je osoba stara, napuštena, nemoćna, ovisna o pomoći i njezi, žrtva nasilja ili joj je životni interes ugrožen na drugi način. U pogledu nasilja starijih osoba vrijedi spomenuti Obiteljski zakon i Kazneni zakon. Obiteljski zakon propisuje zabranjenu nasilničkog ponašanje bračnog druga ili bilo kojeg punoljetnog člana obitelji (5). Također, ovaj Zakona propisuje da će se bračni drug ili bilo koji punoljetni član obitelji koji se nasilnički ponaša unutar obitelji kazniti s prekršajnom kaznom zatvora u trajanju od 30 dana. Nadalje, Kazneni zakon propisuje da će se član obitelji koji neadekvatnim ponašanjem dovede drugog člana obitelji u ponižavajući položaj kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina. U pogledu zaštite zdravlja, od 2013. godine u okviru Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske djeluje Referentni centar za zaštitu zdravlja starijih osoba. Objektivni pomaci na području

prepoznavanja problema starenja stanovništva i prava osoba starije životne dobi učinjeni su Strategijom socijalne skrbi za starije osobe u RH koja je donesena 2017. (1). Strategija prepoznaje: nužnost ostvarivanja prava statusa njegovatelja za skrb o starijima, nejednaka i neadekvatna socioekonomska zaštita starijih osoba, nedostatan nadzor nad radom pružatelja usluga za starije, nejednak pristup mrežama društvenih usluga, neusklađeni model financiranja domova za starije osobe, nedostatna informiranost o pravima starijih osoba (planirane mjere praćenja kršenja prava starijih osoba – uz izradu preporuka na temelju rezultata praćenja) i nužnost podizanja svijesti o pravima starijih osoba (1).

Uloga medicinske sestre u prepoznavanju indikatora nasilja nad starijim osobama

Medicinska sestra/medicinski tehničar (MS/MT) član je multimodalnog tima koji sudjeluje u skrbi za osobe starije životne dobi, premda je edukacija sestara i tehničara iz područja primarne, sekundarne i tercijarne prevencije zanemarivanja i nasilja i dalje nedostatna (6). MS/MT skrbi za starije osobe u institucijama za trajni ili dnevni smještaj, u privatnosti njihova doma i u bolnicama. Prikupljanjem podataka koji omogućavaju prepoznavanje psihičkog, fizičkog, socijalnog i medicinskog stanja medicinske sestre i tehničari otvaraju put ka bržem rješavanju problema nasilja i zanemarivanja. Osim općih podataka kao što su spol, dob, obrazovanje, zanimanje, bračno stanje i povezanost s liječnikom obiteljske medicine, prikupljaju se i podaci vezani uz socijalnu anamnezu (6). Podaci važni za procjenu faktora rizika za nasilje sukladno socijalnoj anamnezi uključuju podatke o tome da li osoba starije životne dobi živi sama ili u obitelji, te koliko je broj članova obitelji i njihova struktura. Potom uključuje podatke o zdravstvenom stanju, zaposlenosti te problemima i teškoćama vezanim za ekonomsku i financijsku strukturu. Isto tako MS/MT prikuplja podatke o odnosima s članovima šire obitelji, povezanosti s prijateljima i posjetima koje se ostvaruju tijekom svakodnevnog života, bilo kod kuće ili u ustanovama skrbi. Svako odstupanja od obrasca funkcioniranja zdrave obitelji, koje je opisano kroz interaktivni model poštovanja obrasca ponašanja prema V. Satir, smatra se razlogom za daljnju procjenu i analizu (6). Osim općih podataka i socijalne anamneze ključno je da MS/MT ispita i obiteljsku, te medicinsku anamnezu. Ovdje su važni podaci koji se odnose na prisutnost dosadašnjih bolesti, posebice ovisnosti i psihičkih tegoba, kao i izloženost stresu, čestim ozljedama i hospitalizacijama. Procjena uključuje podatke o trenutnom zdravstvenom stanju starije osobe, kako se osoba osjeća posljednjih godinu dana, posjećuje li rjeđe ili češće liječnika obiteljske medicine i zbog čega (6).

MS/MT, uočavajući poteškoće u funkcioniranju i svakodnevnom životu starijih osoba treba poticati na razgovor da bi saznala pružaju li članovi obitelji pomoć i podršku, poštuju li se, štite li jedni druge od negativne okoline i imaju li sposobnost kontrole nad doživljajima tijekom života i nad sobom. Procjena ponašanja, stanja i izgleda od posebne je važnosti za otkrivanje znakova i simptoma nasilja i zanemarivanja. Način odijevanja, izbor odjeće, razina higijene, frizura, način eliminacije, stanje uhranjenosti, uređenje sredine stanovanja i održavanje kućanstva pokazatelji su kvalitete života starijih osoba (6).

Obično osobe starije dobi negiraju postojanje zanemarivanja i nasilja zbog srama ili zbog toga što su počinitelji članovi obitelji. Sukladno tome, MS/MT koristi modele zdravstvene njege koji ima dokazanu primjenu u praksi, iako bazično ne opisuje probleme nasilja. Model interpersonalnih odnosa usmjeren je prema potrebama osoba oboljelih od mentalnih bolesti; međutim primjena tog modela odnosi se na probleme šire zajednice. Njezin model omogućuje MS/MT da preuzme određenu ulogu kako bi identificirala problem. MS/MT preuzima uloge stranca, učiteljice, izvora informacija, surogata i savjetnice vođe. Kod prvog susreta i faze

orijentacije MS/MT s osobom starije dobi izgrađuje odnos povjerenja i poštovanja kako bi mogla prepoznati problem i ispitati potrebe (6).

MS/MT osobu promatra holistički, cjelovito i sustavno. Opažanja uključuju spremnost na suradnju, komunikaciju, način odgovaranja na pitanja, držanje i izgled tijela, stanje sluznice usne šupljine, njegu vlasišta, znakove dehidracije i pothranjenosti, potencijalne ozljede uzrokovane hranjenjem, korištenje ispravnih slušnih pomagala ili dioptrijskih naočala. U starijih osoba s motoričkim problemima i poteškoćama u kretanju, procjenjuje se upotreba odgovarajućih pomagala i njihova sigurnost tijekom korištenja. Ako su starije odrasle osobe prisiljene ostati u krevetu ili imaju ograničenu pokretljivost po kući/zajednici, potrebno je utvrditi razlog ograničene pokretljivosti i procijeniti jesu li sposobne samostalno donositi obiteljske odluke i primati posjete (7). Promatranje MS/MT uključuje promatranje odjeće: je li adekvatna vremenskim uvjetima i je li čista i uredna. Također, važno je uočiti prekriva li odjeća cijelo tijelo, te provjeriti stanje kože i potencijalnih ozljeda. Prehrambene navike, nutritivni status, broj obroka, unos tekućine, konzumacija alkohola, lijekova, te kvaliteta sna; dnevni odmor i noćno spavanje podaci su važni za detekciju problema. Važni znakovi fizičkog nasilja uključuju hematome, ozljede, opekline, ogrebotine, znakove gušenja, česte prijelome i pokušaje suicida. Na pojavu bilo kojeg znaka MS/MT treba pravovaljano reagirati (7).

Nadalje, MS/MT procjenjuje kako se članovi obitelji ponašaju prema osobi starije dobi. Ima li kažnjavanja, zanemarivanja, prijetnja, ignoriranja razgovara, omalovažavanja i nametanja pitanja o smrti. Sve navedeno upućuje na psihičko nasilje. Kroz obiteljski model ističe se važnost održavanja izvora pomoći, u što je uključena financijska sigurnost i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, društveno prihvatljivo ponašanje i održavanje morala kako bi se stvorio osjećaj potpore i obiteljskog zajedništva. Ukoliko se imovinom starije osobe raspolaže bez njihova dopuštenja, otvara pošta, posuđuje novac, mijenja oporuka ili potpisuju dokumenti postoje privole za identificiranje materijalnog nasilja (8).

MS/MT često uočava glavobolju, povlačenje u sebe, anksioznost i fobične reakcije. Ako se uz navedene simptome zamijete i znakovi bolova pri mokrenju, poteškoća s mokrenje te ozljede spolovila može se posumnjati na seksualno nasilje. MS/MT u fazi provedbe osnažuje stariju osobu na samostalno donošenje odluke sukladno prepoznatom problemu, kako bi osoba postala nezavisna u ostvarenju svojih prava. U slučaju nasilja, prepoznavanje problem a i donošenje odluka može biti otežano zbog socijalne izolacije, povlačenja u sebe, srama i negiranja (8).

Nepriznavanje i negiranje nasilja ponekad se temelji na pogrešnoj percepciji tako da starija osoba osjeća kako je sama dovela do toga da bude žrtva nasilja, a često je i slučaj da starije osobe žele zaštititi nasilnika (8).

MS/MT trebaju osigurati osobama starije dobi i njihovim obiteljima stalnu potporu. Poteškoće s kojima se susreće osoba koja je žrtva nasilja i njena obitelj u literaturama se klasificiraju kao krizne situacije u kojima su važni čimbenici ravnoteže koji uključuju realnu percepciju stvarnosti, mehanizme potpore i situacijsku podršku za njihovo rješavanje. MS/MT u svom radu primjenjuje i druge pristupe sa svrhom pružanja pomoći, kako bi se smanjile ili ublažile negativne posljedice zbog njenog izostanka (7). Ukoliko socijalna podrška izostane, osobe starije životne dobi nemaju potrebnu pozornost, empatiju, prijateljstva, podršku i poticaj. Nedostatak sveg navedenog kod starijih osoba može izostati zbog neznanja članova obitelji, nezainteresiranosti ili neupućenosti u potrebe, o čemu svjedoči aktivno i pasivno nasilje. Podrška je pojam koji uključuje duhovnu, emocionalnu i psihičku komponentu. Specifična stanja koja zahtijevaju podršku su tuga, tjeskoba, kognitivne poteškoće, strahovi, obiteljski nesporazumi i zabrinutost (7).

MS/MT pruža znanje, strastven pristup, razumijevanje, sigurnost, stručnost i dovoljno vremena za rad sa žrtvama nasilja i zanemarenim starijim osobama kako bi se održalo dostojanstvo. Dostojanstvo čovjeka proizlazi iz njegove sveukupne kvalitete i izvan je njegove moći, a životne okolnosti na to nemaju utjecaj (9). U pružanju dostojanstvene skrbi važno je graditi suradnju između članova obitelji i starijih osoba kako bi se postigao odnos prava, samopoštovanja i odgovornosti. Za žrtve nasilja i zanemarene starije odrasle osobe dostojanstvo se izražava kroz okolnosti u kojima žive, kroz njihovu odjeću, kroz njihov govor, a gubitak dostojanstva može dovesti do dehumanizacije, degradacije i gubitka kontrole.

Prilikom prepoznavanja problema nasilja i zanemarivanja važno je uočiti znakove koji ukazuju na samozanemarivanje. Nemogućnost starijih osoba da se brinu za sebe posljedica je depresije, narušenog zdravlja, gubitka fizičkog zdravlja u kratkom vremenskom trajanju i kognitivnih smetnji. Samozanemarivanje definirano je u procesu zdravstvene njege kao problem u definiranju sestrinskih dijagnoza. Ističe se samozanemarivanje kao činjenicu da se svakodnevne aktivnosti vrše na društveno prihvatljiv način (7).

MS/MT se tijekom rada susreću sa starijima kroz različita okruženja. Uključuju njihove obitelji u zajednicu, te surađuju sa zdravstvenim djelatnicima u institucijama, liječnicima obiteljske medicine i socijalnim radnicima. MS/MT su kritički pozicionirani u pružanju kreativnih i inovativnih promjena i rješenja koja pridonose pomaku u kvaliteti života starijih osoba (1). Temeljna naobrazba iz područja prevencije i prepoznavanja nasilja i zanemarivanja starijih u RH je posve neprepoznata. Isto tako, ne postoje standardizirane smjernice za postupanje u slučaju potencijalno prepoznatog nasilja ili zanemarivanja. Suprotno tome, u Sjedinjenim Američkim Državama, White opisuje protokole kojima se MS/MT vode u svom radu s ciljem detekcije problema. Isto tako, White navodi kako postoji posebna naobrazba iz područja sestrinske forenzike. Forenzičke medicinske sestre imaju inicijalnu ulogu u premošćivanju jaza između zdravstvene njege i prava, što se pokazalo kao izniman doprinos u prepoznavanju znakova i simptoma nasilja i prevencije istoga (10).

Primarna zadaća MS/MT je poticati starije osobe na aktivno, suodgovorno uključivanje, samozbrinjavanje i uočavanje pokazatelja nasilja i zanemarivanja. Osnaživanje o važnosti prevencije nasilja važno je i u široj društvenoj zajednici. Program primarne prevencije nasilja starijih osoba obuhvaća edukaciju zdravstvenih radnika i njihovo efektivno djelovanje u radu s osobama starije dobi (7). Sekundarna prevencija nasilja obuhvaća pomoć obitelji u krizi, te aktivnost šire zajednice. Obitelj je važan faktor socijalne, emocionalne i tjelesne potpore s intencijom dobivanja znanja, uobličavanja stavova i djelovanja. Premda, obitelj je često i izvor nastajanja poremećaja (1). Tercijarna prevencija obuhvaća pružanje tjelesne i psihosocijalne pomoći osobama starije dobi ali i činitelju nasilja (7).

MS/MT trebaju steći znanja o nastanku i posljedicama nasilja među starijima. Kontinuirane edukacije omogućiti će pružanje adekvatne i konkretne pomoći zdravstvenim radnicima kao i obiteljima koje skrbe za svoje osobe starije dobi. Također, razvit će se odnos povjerenja u kojem će žrtva otvoreno pričati o nasilju i svojim primjerom utjecati na druge. Konačan cilj je senzibiliziranje javnosti na probleme i posljedice nasilja osoba starije dobi sa svrhom smanjivanja njihove viktimizacije i marginalizacije (7).

Zaključak

Starija populacija najbrže je rastući dio društva, stoga pitanje zaštite prava starijih osoba postaje gorući problem. Starije osobe sa svojim problemima i posebnostima s kojima se susreću kao i potrebama koje im treba osigurati, ovoga časa nisu u dovoljnoj mjeri zaštićene pravnim instrumentima na međunarodnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini. Pozitivne pomake poput Preporuke o promicanju prava starije osobe; Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i Europske socijalne povelje treba pohvaliti, no oni zasigurno nisu dostatni za zaštitu starije populacije. Mogu se vidjeti brojni primjeri kršenja prava starijih: nasilje, zlostavljanje, zanemarivanje, diskriminacija, socijalna isključenost i siromaštvo. Kako bi zaštita starijih bila potpuna i učinkovita neophodna je Konvencija koja se odnosi izričito na stariju populaciju. Trenutna zaštita prava starijih je fragmentirana i nesustavna. Na stariju dob se izričito odnose odredbe nekoliko temeljnih dokumenata za zaštitu prava i temeljnih sloboda. Nasilje nad starijim osobama određeno je člancima Kaznenog zakona i Ustava, no Konvencijom na razini UN-a bi se ujednačio položaj i prava starijih osoba u cijelom svijetu.

Detekcija nasilja starijih osoba je složeno i kontinuirano istraživanje koje unaprijeđuje razumijevanje čimbenika rizika ključnih za preventivne napore. Potrebna je suradnja između stručnjaka iz različitih disciplina koji igraju ulogu u identificiranju i upravljanju nasiljem.

Nasilje nad starijim osobama vrlo je rašireno. S povećanjem udjela starijih osoba u cijelom svijetu očekuje se porast učestalosti nasilja/zanemarivanja. Sukladno tome, postoji potreba za kontinuiranim istraživanjem problema nasilja nad starijim osobama.

Literatura

1. Anić M. Zaštita prava starijih osoba: Zlostavljanje osoba starije životne dobi – pojam u svijetu i u Republici Hrvatskoj. Udruga Mi. Split, 2017. Dostupno na: http://www.seniori.hr/images/stories/Udruga_MI_Zastita_prava_starijih_osoba.pdf
2. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214-38.
3. Lopar M, Marendić I, Plužarić J, Rade Z. Teorija socijalne podrške. Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi. Zbornik studentskih radova. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Osijek, 2012.
4. Mojsović Z. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006.
5. Narodne Novine. Zakon o socijalnoj skrbi. NN, br. 18/22, 46/22.
6. Narodne novine. Obiteljski zakon. NN, br. 162/1998.
7. Rešetar Čulo I. Zaštita prava starijih osoba u Europi: trenutno stanje, nedostaci i izazovi. *Pravni vjesnik.* 2014;30(2):117-135.
8. Roksandić Vidlička S, Šikoronja S. Pravna zaštita starijih osoba, osobito s duševnim smetnjama, iz hrvatske perspektive: Zašto nam je potrebna Konvencija UN-a o pravima starijih osoba. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.* 2017;38(3):1101-1129.
9. Smith MK, Davis BH, Blowers A, Shena D, Jackson K, Kalaw K. Twelve Important Minutes: Introducing Enhanced Online Materials About Elder Abuse to Nursing Assistants. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2010;41(6):281-288.
10. Šare S, Ljubičić M. Uloga medicinske sestre u prepoznavanju znakova zlostavljanja osoba starije dobi. *Sestrinski glasnik.* 2017;22(2):125-128.
11. Smith MK, Davis BH, Blowers A, Shena D, Jackson K, Kalaw K. Twelve Important Minutes: Introducing Enhanced Online Materials About Elder Abuse to Nursing Assistants. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2010;41(6):281-288.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

364.65-053.9(082)

**МЕЂУНАРОДНИ научни скуп "Брига о старијим
лицима у савременом друштву" (13 ; 2025 ; Брчко
[Дистрикт])**

Briga o starijim licima u savremenom društvu : zbornik
radova sa XIII međunarodnog naučnog skupa održanog 9.
maja/svibnja 2025. godine. [Tom 3] / priredila Albina Fazlović. -
Brčko [Distrikt] : Evropski univerzitet Brčko Distrikt, 2025 (Banja
Luka : Markos). - 545 стр. : илустр. ; 25 cm

Текст на више језика. - Тираж 300. - Напомене и
библиографске референце уз текст. - Библиографија уз сваки
рад. - Abstracts.

ISBN 978-99955-99-83-6

COBISS.RS-ID 142546945