

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Starizem v zdravstvenih ustanovah Ageism in healthcare institutions

Amadeus Lešnik, Jožefa Tomažič

Ključne besede: diskriminacija; predsodki; starostniki; zdravstveni delavci

Key words: discrimination; prejudice; elderly; healthcare professionals

dr. Amadeus Lešnik, mag. zdr. nege; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
lesnik.amadeus@triera.net

pred. mag. Jožefa Tomažič, viš. med. ses., univ. dipl. org.; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija, in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Starizem izhaja iz predsodkov in stereotipov o lastnostih, ki jih na podlagi kronološke starosti pripisujemo starostnikom. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali starostniki v kliničnem okolju doživljajo starizem in v kolikšni meri jih le-ta prizadene.

Metode: Opisna kvantitativna raziskava je bila izvedena v zdravstveni ustanovi na priložnostnem vzorcu 132 starostnikov, starih od 65 do 90 let. Uporabljen je bil na podlagi pregleda literature zasnovan vprašalnik z 11 vprašanji zaprtega tipa. Prisotnost starizma in stopnja prizadetosti je bila merjena s tristopenjsko številsko lestvico. Za opis vzorca in sistematičen prikaz odgovorov na raziskovalna vprašanja je bila uporabljena deskriptivna univariatna in bivariatna (hi-kvadrat test za neodvisne vzorce) analiza.

Rezultati: Skupno je bilo zaznanih 319 diskriminatornih dogodkov. Od 132 anketiranih je najmanj en diskriminatorni dogodek doživelo 91 (69,0 %) starostnikov. Med slednjimi se je 40 (44,0 %) starostnikov počutilo vsaj enkrat prizadeto in 23 (25,2 %) vsaj enkrat zelo prizadeto. Pri zaznavanju prizadetosti statistično pomembne razlike med skupinami glede na spol ($\chi^2 = 13,554$, $p = 0,825$), izobrazbo ($\chi^2 = 20,807$, $p = 0,409$) in starost ($\chi^2 = 19,328$, $p = 0,501$) nismo ugotovili.

Diskusija in zaključek: Raziskava potrdi prisotnost starizma v kliničnem okolju. Ker ima starizem negativen vpliv na odnos do starostnika in kakovost njegove oskrbe, je profesionalno komunikacijo s starostniki treba uvesti v izobraževanje vseh profilov zdravstvenih delavcev.

ABSTRACT

Introduction: Ageism is discrimination and prejudice against the elderly based on stereotypes related to their chronological age. The purpose of the study was to establish whether the elderly can feel ageism in a clinical setting and how it affects them.

Methods: A descriptive quantitative study was conducted in a healthcare institution on a convenience sample of 132 elderly aged 65 to 90 years. A questionnaire based on the literature review with 11 closed-type questions was used. The presence of ageism and the degree of affectedness was measured with a three-digit number scale. A descriptive univariate and bivariate (hi-square test for independent samples) analysis was used for the description of the sample and a systematic representation of the answers to the research questions.

Results: In total, 319 discriminatory events were detected. From 132 respondents, at least one discriminatory event was experienced by 91 (69.0 %) elderly people. Of these, 40 (44.0 %) elderly persons felt ageism at least once and 23 (25.2 %) were severely affected at least once. There was no statistically significant difference in affectedness between groups regarding gender ($\chi^2 = 13.554$, $p = 0.825$), education ($\chi^2 = 20.807$, $p = 0.409$) and age ($\chi^2 = 19.328$, $p = 0.501$).

Discussion and conclusion: The study has demonstrated a significant presence of ageism in a clinical setting. Since ageism has a negative impact on the relationship towards the elderly and the quality of care, it is necessary to implement basic methods of communication with the elderly in education programs of all healthcare professionals.

Uvod

Starizem (v slovenski literaturi tudi ageizem, staromrzništvo, starostizem) je proces sistematičnega diskriminiranja, stereotipiziranja in podcenjevanja starostnikov zgolj zaradi njihove starosti (Kydd & Fleming, 2015). Temelji na kronološki starosti posameznika, je precej razširjen in se s procesom globalnega staranja prebivalstva samo še krepi. Kaže se v stigmatizaciji starostnikov zaradi njihovih spremenjenih fizičnih, psihičnih in socialnih sposobnosti (Phillips, et al., 2010). Starizem je prodorna, nekritična sila, ki posega na vsa področja družbenega in socialnega življenja. Nanj lahko naletimo povsod, v medosebnih odnosih, na področju izobraževanja, kulture, politike, sociale in zdravstva (Goriup, 2015). Najdemo ga tudi v strokovni literaturi, vključno z medicinskimi in gerontološkimi učbeniki (Robinson, et al., 2012). Lipič in Ovsenik (2015) menita, da je starizem odsev razslojenosti družbe, v kateri so konkretne miselne fikcije rezultat vzgoje in zgledov iz okolja, v katerem so starostniki predstavljeni zgolj z negativnimi stereotipnimi značilnostmi. Pri oblikovanju odnosa in interakcije med ljudmi pa imajo stereotipi pomembno vlogo, saj vplivajo na posameznikovo obnašanje do drugih (Kornadt & Rothermund, 2015). Pogosto starostniki, ki so izpostavljeni stereotipom, le-te ponotranjijo, kar vodi v samoizpolnitev pripisanih oblik obnašanja, znižuje samospoštovanje (Stewart, et al., 2012) in povzroča stres, ki izčrpa psihološke vire, potrebne za sodelovanje v samooskrbi ter procesu zdravstvene obravnave starostnika (Rivera & Paredez, 2014). Zaradi tega so starostniki pogostejše hospitalizirani in bolj negativno ocenjujejo lastno zdravje (Ramírez & Palacios-Espinosa, 2016).

Ljudje si pogosto prizadevamo, da bi se razlikovali od drugih, da bi izstopali in bili vidni. Razlikovanje pa postane družbeno nesprejemljivo, ko brez razloga temelji na posameznikovi osebni okoliščini. Takrat razlikovanje postane diskriminacija, ki se pojavlja v obliki individualne, strukturne in institucionalne diskriminacije (Kogovšek Šalamon & Petković, 2007). Diskriminacija starostnikov ni novodoben pojav, vendar se je v zadnjih letih stopnjevala, in sicer tudi v slovenski družbi, kjer se ob zaostrenih ekonomskih razmerah in naraščanju števila starostnikov ter posledično zmanjševanju aktivne populacije krepi diskriminatorni odnos do starostnikov in pogloblja prepada med generacijami (Goriup, 2015). Danes mnogi v ospredje potiskajo razmišljanja o ekonomski plati problematike staranja, kar nas vodi v medgeneracijski konflikt, ki v blagi obliki že poteka (Lešnik & Ferenčina, 2015).

Povečano zanimanje za starizem v zadnjih treh desetletjih sovpada s procesom staranja prebivalstva in željo po oblikovanju novih družbenih vrednot, kjer kronološka starost ne bo več ustrezen kazalec za

družbeno konstrukcijo neizogibnih norm obnašanja, življenjskih stilov ter vlog posameznika glede na starost (Šadl, 2007). Čeprav se v zadnjih letih nekoliko več govori o starizmu in raziskave kažejo na obstoj starizma v kliničnem okolju (Rodgers & Gilmour, 2011), je njegov obseg še vedno neznan, saj starostniki redko izrazijo svoje občutke, ki bi okolici dali vedeti, katera ravnanja nanje učinkujejo diskriminatorno. Starostniki se starizma pogosto niti ne zavedajo, saj se pojavlja manj očitno oz. bolj subtilno. Od starosti pacienta je na primer odvisna odločitev o poteku in intenzivnosti zdravstvene oskrbe. Zdravstveni sistem kot družbena institucija ohranja stereotipne predpostavke o starosti, ki so podlaga za drugačno oz. manj kakovostno obravnavanje starostnika ter strpnost do zlorabe na podlagi starosti (Caslanti, 2007; Kydd & Fleming, 2015).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil proučiti pojav starizma v kliničnem okolju, tj. proučiti vse pogostejši problem starostnikov, da so le zaradi svoje starosti deležni stereotipnih predsodkov. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kolikšna je prisotnost starizma v izbrani zdravstveni ustanovi. Glede na namen in cilj smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Koliko starostnikov zaznava starizem v kliničnem okolju in v kolikšni meri ga zaznavajo?
- Koliko se starostniki ob zaznanem starizmu v kliničnem okolju počutijo prizadeti?

Metode

Uporabljena je bila opisna kvantitativna metoda raziskovanja.

Opis instrumenta

Instrument raziskave je bil vprašalnik z 11 vprašanji zaprtega tipa, ki posnemajo posamezne primere negativnih stereotipov, obnašanj in osebne diskriminacije. V vprašalniku so anketiranci odgovarjali, kolikokrat so v komunikaciji z zdravstvenimi delavci doživeli posamezen dogodek (»nikoli«, »enkrat« in »več kot enkrat«) ter koliko jih je posamezen dogodek prizadel (»ni me prizadelo«, »prizadelo me je« in »zelo me je prizadelo«). Na koncu vprašalnika so odgovorili na tri splošna demografska vprašanja. Vprašalnik smo oblikovali po zgledu vprašalnika The Ageism Survey, ki ga je za merjenje razširjenosti diskriminacije starostnikov razvil Palmore (2001). Iz originalnega vprašalnika smo odstranili devet vprašanj, ki se ne nanašajo na starizem v zdravstvu, vsem preostalim vprašanjem pa smo dodali še podvprašanje o stopnji prizadetosti ob doživetem diskriminatornem dogodku. Po odstranitvi za našo raziskavo nerelevantnih vprašanj smo preverili zanesljivost vprašalnika,

izmerjena vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je bila 0,916.

Opis vzorca

Vzorec je bil nenaključen, priložnost in je zajemal 132 uporabnikov zdravstvenih storitev v kliničnem okolju iz severovzhodne Slovenije, starih od 65 do 90 let. Poleg starostne omejitve preiskovancev je bila vključitveni kriterij tudi njihova zmožnost razločne komunikacije. Povprečna starost anketiranih je bila 74,4 ($s = 6,6$) let. Med njimi je bilo 76 (57,6 %) žensk, njihova povprečna starost je bila 75 ($s = 6,7$) let, in 56 (42,4 %) moških, njihova povprečna starost je bila 73,7 ($s = 6,4$) let. Izobrazbena struktura anketiranih je bila naslednja: 29 (22,0 %) anketiranih z dokončano osnovno ali poklicno šolo, 59 (44,7 %) z opravljeno srednjo šolo, 29 (22,0 %) z višjo ali visoko strokovno šolo, 12 (9,1 %) z univerzitetno izobrazbo in 3 (2,3 %) z magisterijem ali doktoratom.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v kliničnem okolju od začetka januarja do konca februarja 2016. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična načela raziskovanja. Anketirane smo prosili, da odgovorijo na zastavljena vprašanja in z obkroževanjem ponujenih odgovorov izrazijo, kako pogosto so doživeli posamezne opisane dogodke in koliko so jih posamezni dogodki prizadeli. Izpolnjene vprašalnike so anketirani oddali v posebno za to pripravljeno zapečateno skrinjo, s čimer smo želeli zagotoviti anonimnost.

Z vprašalniki pridobljene podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS verzija 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za opis vzorca in sistematičen prikaz odgovorov na raziskovalna vprašanja smo uporabili deskriptivno

statistiko (frekvence in pripadajoče odstotke). Nadalje smo z bivariatno analizo primerjali razlike v odgovorih med posameznimi skupinami. Anketirane starostnike smo razdelili v parne skupine glede na spol, izobrazbo (prva skupina: osnovnošolska, poklicna in srednješolska izobrazba (os, sr); druga skupina: več kot srednješolska izobrazba (> sr)) in starost (dve skupini: 65–75 let in 76–90 let). Glede na tip in porazdelitev podatkov smo uporabili hi-kvadrat test za neodvisne vzorce in preverjali, ali so med povprečnimi vrednostmi izbranih spremenljivk statistično pomembne razlike. Za mejo statistične značilnosti smo upoštevali 0,05.

Rezultati

Samo enega od v vprašalniku opisanih diskriminatornih dogodkov je doživelo 27 (20,5 %) anketiranih starostnikov, več kot enega 64 (48,5 %) anketiranih starostnikov in nobenega 41 (31,0 %) anketiranih starostnikov. Pri diskriminatornih dogodkih so najbolj izstopale trditve o šalah na račun starostnikov ($n = 63$, 47,7 %), ignoranca zaradi starosti ($n = 41$, 31,0 %) in neresen odnos ($n = 36$, 27,3 %). Analiza rezultatov pokaže, da je vsaj en diskriminatorni dogodek doživelo 44 (48,4 %) žensk in 47 (51,6 %) moških. Glede števila doživetih diskriminatornih dogodkov razlika med spoloma statistično ni značilna ($\chi^2 = 13,837$, $p = 0,611$). Tudi pri primerjavi dveh oblikovanih izobrazbenih skupin statistično pomembne razlike glede števila doživetih diskriminatornih dogodkov nismo zaznali ($n_{os,sr} = 88$, 66,66 %, $n_{>sr} = 44$, 33,33 %; $\chi^2 = 19,437$, $p = 0,247$). Statistično pomembne razlike glede števila doživetih diskriminatornih dogodkov prav tako ni med oblikovanimi starostnima skupinama (65–75 let: $n = 58$, 43,9 %; 76–90 let: $n = 33$, 25,0 %; $\chi^2 = 16,783$, $p = 0,400$). Tabela 1 prikazuje frekvence odgovorov anketiranih starostnikov na posamezna vprašanja o

Tabela 1: Diskriminatorni dogodki pri starostnikih v komunikaciji z zdravstvenimi delavci ($n = 132$)

Table 1: Discriminatory events of elderly in communication with the medical staff ($n = 132$)

Diskriminatorni dogodek/ Discriminatory events	Število dogodkov n (%)		
	1	2	3
Šale na račun starostnikov	69 (52,3)	12 (9,1)	51 (38,6)
Neupoštevanje starostnikovega mnenja	96 (72,7)	19 (14,4)	17 (12,9)
Žaljivke na račun starosti	116 (87,9)	6 (4,5)	10 (7,6)
Pomanjkanje spoštovanja	114 (86,4)	9 (6,8)	9 (6,8)
Ignoranca zaradi starosti	91 (68,9)	16 (12,1)	25 (18,9)
Predvidevanje naglušnosti	99 (75,0)	14 (10,6)	19 (14,4)
Pokroviteljski odnos	117 (88,6)	7 (5,3)	8 (6,1)
Slabša zavzetost	111 (84,1)	13 (9,8)	8 (6,1)
Slabša obravnava	111 (84,1)	13 (9,8)	8 (6,1)
Previsoka starost za določeno obliko zdravljenja	113 (85,6)	13 (9,8)	6 (4,5)

Legenda/Legend: 1 – nikoli/never; 2 – enkrat/once; 3 – več kot enkrat/more than once; n – število/number; % – odstotek/percentage

Tabela 2: Prizadetost starostnikov v komunikaciji z zdravstvenimi delavci ($n = 91$)Table 2: Elderly affected in communication with the medical staff ($n = 91$)

Diskriminatorni dogodek/ Discriminatory events	Prizadetost n (%)		
	1	2	3
Šale na račun starostnikov	73 (80,2)	12 (13,2)	6 (6,6)
Niso me vzeli resno	65 (71,4)	17 (18,7)	9 (9,9)
Žaljivke na račun starosti	81 (89,0)	5 (5,5)	5 (5,5)
Pomanjkanje spoštovanja	75 (82,4)	10 (11,0)	6 (6,6)
Ignoranca zaradi starosti	62 (68,1)	17 (18,7)	12 (13,2)
Predvidevanje naglušnosti	75 (82,4)	13 (14,3)	3 (3,3)
Pokroviteljski odnos	70 (76,9)	18 (19,8)	3 (3,3)
Slabša zavzetost	84 (92,3)	4 (4,4)	3 (3,3)
Slabša obravnava	73 (80,2)	11 (12,1)	7 (7,7)
Previsoka starost za določeno obliko zdravljenja	71 (78,0)	14 (15,4)	6 (6,6)

Legenda/Legend: 1 – ni me prizadelo/I was not affected, 2 – prizadelo me je/I was affected, 3 – zelo me je prizadelo/I was very affected; n – število/number; % – odstotek/percentage

doživetih diskriminatornih dogodkih v komunikaciji z zdravstvenimi delavci.

Tabela 2 prikazuje frekvence ocen posameznih trditev glede stopnje prizadetosti anketiranih starostnikov v komunikaciji z zdravstvenimi delavci. Upoštevane so ocene tistih anketiranih starostnikov, ki so navedli, da so doživeli vsaj en diskriminatorni dogodek. Od 91 (68,9 %) anketiranih starostnikov, ki so doživeli vsaj en diskriminatorni dogodek, se jih 28 (30,8 %) ob tem ni počutilo prizadeto, 23 (25,2 %) se jih je vsaj enkrat počutilo prizadeto, 40 (44,0 %) pa se jih je vsaj enkrat počutilo zelo prizadeto. Največ starostnikov ($n = 29$, 31,9 %) se je počutilo prizadeto ob doživetih ignoranci zaradi starosti, med njimi je bilo 17 (18,7 %) starostnikov prizadetih in 12 (13,2 %) zelo prizadetih. Sledita občutek, da starostnika niso vzeli resno ($n = 26$, 28,6 %), pri čemer je bilo 17 (18,7 %) starostnikov prizadetih in 9 (9,9 %) zelo prizadetih, in občutek pokroviteljskega odnosa zdravstvenih delavcev, ki je prizadel 21 (23,1 %) starostnikov, od katerih so se 3 (3,3 %) počutili zelo prizadeto.

Stopnje občutka prizadetosti ob diskriminatornih dogodkih smo opredelili s tristopenjsko lestvico, kjer je 1 pomenilo »ni me prizadelo«, 2 »prizadelo me je« in 3 »zelo me je prizadelo«. Pri oceni občutka prizadetosti za posamezno trditev smo upoštevali povprečje stopenj prizadetosti. Najvišja stopnja prizadetosti se je pokazala pri trditvi o problematičnosti previsoke starosti za določeno obliko zdravljenja (povprečna ocena občutka prizadetosti: $\bar{x} = 2,24$, $s = 0,539$) in pri trditvi o pomanjkanju spoštovanja (povprečna ocena občutka prizadetosti: $\bar{x} = 2,22$, $s = 0,647$).

Analiza rezultatov kaže, da glede stopnje občutka prizadetosti med ženskami ($n = 44$, 48,4 %) in moškimi ($n = 47$, 51,6 %), ki so doživeli vsaj eden diskriminatorni dogodek, ni statistično pomembne razlike ($\chi^2 = 13,554$, $p = 0,825$). Statistično pomembne razlike pri

stopnji občutka prizadetosti prav tako nismo zaznali med oblikovanima izobrazbenima skupinama ($n_{os, sr} = 88$, 66,7 %, $n_{>sr} = 44$, 33,3 %; $\chi^2 = 20,807$, $p = 0,409$) niti med oblikovanima starostnima skupinama (65–75 let: $n = 58$, 43,9 %; 76–90 let: $n = 33$, 25,0 %; $\chi^2 = 19,328$, $p = 0,501$).

Diskusija

Ugotovitve raziskave kažejo na pomembno prisotnost starizma v kliničnem okolju. Vsaj en diskriminatorni dogodek sta v kliničnem okolju doživeli več kot dve tretjini anketiranih starostnikov. Rezultat raziskave je primerljiv z rezultati Palmorove raziskave (2001), ki prav tako poroča o nekaj več kot dveh tretjinah anketiranih, ki so doživeli enega ali več diskriminatornih dogodkov (Palmore, 2001), in nekoliko nižji kot v raziskavi, ki so jo z enakim vprašalnikom sedem let kasneje opravili McGuire in sodelavci (2008) v Združenih državah Amerike. Vzdušje, ki ga je pogosto čutili v današnjem času, je do starosti prezirljivo in prežeto s stereotipi (Kornadt & Rothermund, 2015), zato v raziskavi ugotovljena pogostost diskriminatornih dogodkov ni presenetljiva.

Visoka pogostost diskriminatornih dogodkov je zaskrbljujoča najprej zaradi vpliva na obnašanje starostnikov, raziskave namreč potrjujejo, da starostniki, ki so deležni več diskriminacije, nižje ocenjujejo svoje fizično in psihično počutje (Coudin & Alexopoulos, 2010; Kornadt & Rothermund, 2015). Diskriminacija ima negativen vpliv tudi na kakovost oskrbe, saj je le-ta neposredno povezana z odnosom zdravstvenega osebja do starostnikov (Celik, et al., 2009; Lu, et al., 2010). Zaradi negativnih stereotipov o starostnikih zdravstveni delavci to skupino pacientov obravnavajo manj zavzeto (Wenger, 2012; Travis, et al., 2012; Sabik, 2013; Ramírez & Palacios-Espinosa, 2016).

Številni zdravstveni delavci priznavajo, da raje delajo z mlajšimi kot s starejšimi pacienti (Helton & Pathman, 2008; Liu, et al., 2012; Meisner, 2012), saj je pri starejših pacientih dostikrat prisoten začetek demence ali strah pred smrtjo, kar vpliva na oteženo pridobivanje kliničnih podatkov, večjo porabo časa za posameznika in s tem v povezavi lahko vodi k »drugačnemu« *odnosu zdravstvenih delavcev do starostnikov. Tisti, ki verjamejo, da sta starost in bolezen trdno povezani, lahko določene simptome bolezni pripišejo zgolj starosti (Stewart, et al., 2012) in se zato redkeje odločajo za določene diagnostične in terapevtske postopke kot pri mlajših.*

Čeprav smo pričakovali, da bodo ženske, ki so pogosto diskriminirane tudi glede na spol (seksizem) (Chrisler, et al., 2016) in v družbenem okolju prikazovane bolj negativno od moških (Lemish & Muhlbauer, 2012), pogostejše poročale o starostni diskriminaciji, primerjava ženske – moški pokaže le minimalno razliko. Podobno velja tudi za medsebojno primerjanje glede na stopnjo izobrazbe ali glede na starost starostnikov, tudi tu so namreč razlike v številu doživetih diskriminatornih dogodkov in v stopnji prizadetosti ob doživetem dogodku statistično neznačilne.

Kadar začnemo govoriti o starosti, se hitro znajdemo na tankem ledu med prijetno šalo, bistroumno ironijo in žaljivim cinizmom. Humor v obliki šale, če je uporabljen ob pravem trenutku in s pravim namenom, se lahko uporablja za lajšanje napetosti okoli občutljive teme. Lahko pa je tudi pomenljiv, posmehljiv ali žaljiv (Phillips, et al., 2010). Rezultati naše raziskave kažejo, da je skoraj polovica anketiranih starostnikov v zdravstveni ustanovi vsaj enkrat slišalo šalo na račun starosti. Nekaj anketiranih se je ob tem počutilo prizadeto, saj gre pri šaljenju za blago obliko starizma, ki ga posamezniki podzavestno uporabijo v okviru nekega odnosa.

Vsak si želi biti razumljen in sprejet takšen, kot je, zato hitro opazi, kadar ga sogovornik na podlagi videza vstavi v predalček za »takšne« *in ga zaradi starosti jemlje manj resno. Vsako kategoriziranje namreč vključuje tudi seznam značilnih lastnosti pripadnikov kategorije, zato so starostniki pogosto nagovorjeni v skladu s predpostavljenim stereotipom skupine, ki naj bi ji pripadali (Praprotnik, 2012). Da starostnika zaradi njegove starosti niso vzeli resno, je vsaj enkrat imela občutek nekaj manj kot tretjina anketiranih starostnikov.*

Pogosto se starostnike v zdravstvenih ustanovah nepravilno ali celo žaljivo naziva, kot na primer: punčka, dečko, mlada dama, mladenič, dedek, babica ali očka in mamica (Cruikshank, 2008; Heintz et al., 2013). Čeprav s takšnimi nazivi zaposleni v zdravstvu pogosto želijo ustvariti vzdušje domačnosti, lahko takšno poimenovanje marsikoga prizadene in marsikdo takšno naslavljanje razume kot žaljivko na račun njegove starosti. Nekaj manj kot ena petina

anketiranih starostnikov je imela občutek, da so jih zdravstveni delavci poimenovali z žaljivko na račun starosti. Upoštevati je namreč treba, da se s staranjem ne spreminjajo samo razumske funkcije, temveč tudi čustva, kar potencira prizadetost, kadar imajo starostniki občutek, da se jim zaradi njihove starosti izkazuje manj spoštovanja (Pečjak, 2007). Takšen občutek je imel le majhen delež anketiranih, vendar so se ob tem skoraj vsi počutili prizadeto ali zelo prizadeto.

Prav tako starostnike prizadene, kadar jih sogovorniki ignorirajo in se ob njih in o njih pogovarjajo in odločajo, kakor da jih ni zraven (depersonalizacija), še posebej, kadar sogovornik domneva, da ima starostnik kognitivni primanjkljaj (Higashi, et al., 2012). Takšno obnašanje je doživela skoraj ena tretjina anketiranih starostnikov. Takšni pogovori so med zdravstvenimi delavci pogosto lahko posledica prepričanja, da jih starostniki tako ali tako ne slišijo, ker so zaradi starosti naglušni. Zaradi takšnega prepričanja jih pogosto tudi nagovarjajo zelo glasno. Zelo glasno govorjenje pa mnogi povezujejo s strogostjo ali prepričkom, zato bi morali zdravstveni delavci glasno govorico uporabiti šele po odzivu, ki kaže, da jih starostnik ni slišal. Občutek, da so zdravstveni delavci predvidevali, da ne slišijo dobro, je imela več kot tretjina anketiranih.

Ker se staranje kot proces razlikuje od posameznika do posameznika, stereotipno predvidevanje, da starostnik zaradi svoje visoke starosti česa ne razume dobro in da je zaradi starosti tudi slabšega zdravja, depresiven in anksiozen, ni samoumevno ustrezno (North & Fiske, 2012). Občutek, da je zdravstveni delavec predvideval, da starostnik česa ne razume, je imela nekaj manj kot četrtnina anketiranih. Zaradi takšnega razmišljanja imajo zdravstveni delavci tudi preveč zaščitniški in pokroviteljski odnos do starostnikov. Z njimi govorijo na prav poseben način, ki naj bi odseval dejstvo, da komunicirajo s starostnikom (Praprotnik, 2015). Postanejo vljudni, govorijo glasneje in tvorijo preproste stavke, kakor da bi se pogovarjali z otroki (Heintz, et al., 2013). Takšno komunikacijsko prilagajanje je pogosto neprimerno in nepotrebno, saj je bistvenega pomena, da v resnici vemo in razumemo, kaj starostnik v resnici želi in potrebuje. Če tega ne vemo in ne razumemo, se pojavljajo številne težave in nevšečnosti, katerih žrtev so najpogostejše starostniki, pogosto pa tudi zaposleni v zdravstveni ustanovi. Pretirano zaščitniški odnos starostnike postavlja na nivo subjektov, ki ne odgovarjajo zase ter so nemočni in odvisni od drugih. Takšen odnos se pogosto stopnjuje v kratenje avtonomije in osebnih pravic, kjer se odloča v imenu starostnika. Takšno ravnanje pa vpliva na starostnikovo doživetje kakovosti zdravstvene obravnave, saj starostnik opiše odnos kot dober le, kadar je obravnavan spoštljivo (Chan, et al., 2012).

Da so bili zaradi svoje starosti obravnavani manj zavzeto kot drugi oz. mlajši, je menila več kot tretjina

anketiranih. Obnašanja, ki dajejo starostniku občutek, da je bil slabše obravnavan in da se je to zgodilo zaradi njegovega videza, starosti ali druge osebne okoliščine, so nedopustna. Ker je visoka starost pogosto izključitveni dejavnik za mnoge klinične raziskave (Wenger, 2012; Chrisler, et al., 2016), kar posledično povzroči tudi pomanjkanje podatkov o primernosti in učinkovitosti različnih metod zdravljenja, so starostniki lahko večkrat deležni poenostavljenih pojasnil, da so prestari za »to in to«. Čeprav se pravica do kompleksnejšega zdravljenja in najboljše možne oskrbe s starostjo ne zmanjšuje, se torej v zdravstvu pogosto postavljajo starostne omejitve. Pri določenih zahtevnih posegih je visoka starost res lahko ovira, najpogosteje pa starostniki zaradi neustrezne komunikacije določene ovire, pravila in pojasnila tudi napačno razumejo. Spoštljiva komunikacija in razumljivo pojasnilo, ki upošteva starostnikov življenjski slog, njegove želje in pričakovanja, je za zmanjševanje občutka diskriminiranja na podlagi starosti bistvenega pomena.

Proti starizmu se je treba boriti z znanjem in pripravljenostjo, da se približamo vsaki osebi ne glede na starost. Pomembna elementa pri preprečevanju starizma in stigmatizacije starostnikov sta izobraževanje in ozaveščanje o starosti in starostnikih ter razvoj komunikacijskih sposobnosti (Pfeifer, 2014). Širitev znanja s področja gerontologije je pomembna strategija za izboljšanje odnosa zdravstvenih delavcev do starostnikov (Hvalič Touzery, et al., 2013). Potreben je poseben poudarek na izobraževanju in razvoju specialnih znanj na področju gerontologije, geriatrije in drugih ved (Skela Savič, et al.; 2010, Stewart, et al., 2012; Sabik, 2013), saj so spremembe v dinamiki staranja populacije v zadnjih desetletjih pripeljale do potrebe za boljše razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na družbeni odnos do staranja in starosti.

Raziskava ima nekaj pomembnih omejitev. Omejena je geografsko, saj so bili vanjo vključeni le starostniki severovzhodne Slovenije. Anketiranje je bilo izvedeno samo v eni zdravstveni instituciji, zato rezultatov ne moremo posplošiti na druge zdravstvene institucije. Kot omejitev je treba upoštevati tudi omejeno velikost vzorca. Toda kljub omenjenim omejitvam je raziskava lahko podlaga za nadaljnje, morda bolj poglobljene raziskave starizma v slovenskem kliničnem okolju, kjer se bomo ob izrazitem staranju populacije s starizmom verjetno vse pogosteje srečevali.

Zaključek

Raziskava potrjuje prisotnost starizma v kliničnem okolju, saj je vsaj en diskriminatorni dogodek doživela več kot polovica vseh anketiranih. Najbolj so izstopale trditve o šalah na račun starostnikov, ignoranci in neresnem odnosu. Z najvišjo stopnjo prizadetosti pa so starostniki ocenili trditve o previsoki starosti za določeno obliko zdravljenja. Zdravstvene delavce

je treba osvestiti, da nekatere njihove odločitve in obnašanja predstavljajo diskriminacijo starostnikov. Naj se morda zdijo še tako nedolžna, ogovorjenega lahko prizadenejo. Ker uspešna in profesionalna komunikacija žal še vedno ni v zadostni meri del zdravstvene izobrazbe, se lahko znajdemo v situaciji, da sogovornika prizadenemo, ne da bi se tega zavedali. Proti starizmu in diskriminaciji se lahko borimo šele potem, ko ju poznamo in prepoznamo. Izobraževanje o starosti in starostnikih in o profesionalni komunikaciji s to populacijo je treba uvesti v izobraževanje vseh profilov zdravstvenih delavcev, saj je le skozi izobraževanje mogoče stereotipe o starosti in starostnikih preseči. Ozaveščanje je treba usmeriti v promoviranje načela enakosti in v preprečevanje vseh negativnih proti starostnikom usmerjenih dejanj.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014). Soglasje za raziskavo je podala Komisija za medicinsko etiko Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (Številka 11-18/15)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). The Medical Ethics Committee of the University Medical Centre Maribor approved the study (Number 11-18/15).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Avtorja sta enako prispevala h konceptualni zasnovi raziskave, ki jo je izvedel prvi avtor. Pri pregledu literature in pisanju vseh delov besedila članka, metodologiji in statistični analizi rezultatov sta avtorja sodelovala enakovredno./The authors contributed an equal share to the conceptual design of the research carried out by the first author. During the literature review and the writing of all parts of the article, the methodology, and statistical analysis of the results, the authors participated to an equal extent.

Literatura

- Caslati, T., 2007. Bodacious Berry, potency wood and the aging monster: gender and age relations in anti-aging ads. *Social Forces*, 86(1), pp. 336–355.
- Celik, S.S., Kapucu, S., Tuna, Z. & Akkus, Y., 2009. Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), pp. 24–30.
- Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J., 2012. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), pp. 812–824. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x> PMID:22008151
- Chrisler, J.C., Barney, A. & Palatino, B., 2016. Ageism can be hazardous to women's health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues*, 72(1), pp. 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>
- Coudin, G., & Alexopoulos, T., 2010. Help me I'm old: how negative aging stereotypes create despondency among older adults. *Aging Mental Health*, 14(5), pp. 516–523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182> PMID:20480414
- Cruikshank, M., 2008. Aging and identity politics. *Journal of Aging Studies*, 22(2), pp. 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.12.011>
- Goriup, J., 2015. Socialna gerontologija in problem diskurza Ageizma. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 114–119.
- Heintz, P.A., DeMucha, C.M., Degrezman, M.M. & Softa, R., 2013. Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*, 33(6), pp. 299–305. PMID:24592523
- Helton, M.R. & Pathman, D.E., 2008. Caring for older patients: current attitudes and future plans of family medicine residents. *Family Medicine*, 40(10), pp. 707–714. PMID:18979258
- Higashi, R.T., Tillack, A.A., Steinman, M., Harper, M. & Johnston, C.B., 2012. Elder care as frustrating and boring: understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies*, 26(4), pp. 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.007> PMID:22939544
- Hvalič Touzery, S., Kydd A. & Skela Savič B., 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 157–168. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.2.157> [6. 1. 2017].
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kogovšek Šalamon, N. & Petković, B., 2007. O diskriminaciji - priručnik za novinarke in novinarje. In: R. Kuhar, ed. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
- Kornadt, A. & Rothermund, K., 2015. Views on aging: domain-specific approaches and implications for developmental regulation. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), pp. 121–144. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.121>
- Kydd, A. & Fleming, A., 2015. Ageism and age discrimination in health care: fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4), pp. 432–438. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002> PMID:26044073
- Lemish, D. & Muhlbauer, V., 2012. Can't have it all: representations of older women in popular culture. *Women & Therapy*, 35(3-4), pp. 165–180. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684541>
- Lešnik, A. & Ferenčina, J., 2015. Medgeneracijska izmenjava znanja in izkušenj. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 242–247.
- Lipič, N. & Ovsenik, M., 2015. Generacijska neenakost - realnost slovenske družbe. In: D. Železnik, U. Železnik, eds. *Vrednote posameznika - ogledalo družbe*. Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, pp. 146–154.
- Liu, Y., While, A.E., Norman, I.J. & Ye, W., 2012. Health professional's attitudes toward older people and older patients: a systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), pp. 397–409. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.702146> PMID:22780579
- Lu, W.H., Hoffman, K.G., Hosokawa, M.C., Gray, M.P. & Zweig S.C., 2010. First year medical students' knowledge, attitudes, and interest in geriatric medicine. *Educational Gerontology*, 36(8), pp. 687–701. <https://doi.org/10.1080/03601270903534630>
- Meisner, B.A., 2012. Physicians attitudes toward aging, the aged, and the provision of geriatric care: a systematic narrative review. *Critical Public Health*, 22(1), pp. 61–72. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.539592>

- McGuire, S.L., Klein, D.A. & Chen, S.L., 2008. Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing & Health Science*, 10(1), pp. 11–16.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00336.x>.
PMid: 18257826
- North, M.S. & Fiske, S.T., 2012. An inconvenienced youth: ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), pp. 982–997.
<https://doi.org/10.1037/a0027843>
PMid:22448913; PMCID:PMC3838706
- Palmore, E., 2001. The Ageism Survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), pp. 572–575.
- Pecjak, V., 2007. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba, pp. 50–51.
- Pfeifer, G.M., 2014. More work needed to equalize U.S. health care. *American Journal of Nursing*, 114(3), p. 15.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444478.10973.22>
PMid:24572520
- Phillips, J., Ajrouch, K. & Hillcoat Nalletamby, S., 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: Sage Publications, pp. 21–24.
- Praprotnik, T., 2012. Procesi osmišljanja sveta in konstrukcija identitete. *Monitor ISH*, 14(1), pp. 75–115.
- Praprotnik, T., 2015. Identiteta in medsebojni odnosi na področju medgeneracijskega komuniciranja. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 403–414.
- Ramírez, L. & Palacios-Espinoza, X., 2016. Stereotypes about old age, social support, aging anxiety, and evaluations of one's own health. *Journal of Social Issues*, 72(1), pp. 47–68.
<https://doi.org/10.1111/josi.12155>
- Rivera, L.M. & Paredes, S.M. 2014. Stereotypes can get under the skin: testing a self-stereotyping and psychological resource model of overweight and obesity. *Journal of Social Issues*, 70(2), pp. 226–240.
<https://doi.org/10.1111/josi.12057>
PMid:25221353; PMCID:PMC4160906
- Robinson, S., Briggs, R. & O'Neill, D. 2012. Cognitive aging, geriatric textbooks, and unintentional ageism. *Journal of the American Geriatric Society*, 60(11), pp. 2183–2185.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04217.x>
PMid:23148431
- Rodgers, V. & Gilmour, J., 2011. Shaping student nurses' attitudes towards older people through learning and experience. *Nursing Praxis in New Zealand*, 27(3), pp. 13–20.
PMid:22375376
- Sabik, N.J., 2013. Ageism and body esteem: associations with psychological well-being among late middle-aged African American and European American women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 70(2), pp. 191–201.
- Skela Savič, B., Zurc, J. & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(2), pp. 89–100. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2010.44.2.89> [1. 12. 2016].
- Stewart, T.L., Chipperfield, J.G., Perry, R.P. & Weiner, B., 2012. Attributing illness to old age: consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology and Health*, 27(8), pp. 881–897.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>
PMid:22149693
- Šadl, Z., 2007. Čustveno doživljanje starostnikov od tradicionalnih pogledov k sodobnim. *Socialno delo*, 46(1/2), pp. 13–19.
- Travis, C.B., Howerton, D.M. & Szymanski, D.M., 2012. Risk, uncertainty, and gender stereotypes in healthcare decisions. *Women & Therapy*, 35(2-4), pp. 207–220.
<https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>
- Wenger, N.K., 2012. Gender disparity in cardiovascular disease: Bias or biology? *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 10(11), pp. 1401–1411.
<https://doi.org/10.1586/erc.12.133>
PMid:23244361
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Lešnik, A. & Tomažič, J., 2017. Starizem v zdravstvenih ustanovah. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 312–319.
<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.166>