

# Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE  
LETNIK 17 (2014), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

# KAKOVOSTNA STAROST

letnik 17, številka 1, 2014

## KAZALO

### UVODNIK (INTRODUCTORY)

- 1 Jože Ramovš

### ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)

- 3 Simona Ivalič Touzery: Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji  
16 Karmen Murovec: Študija primera bolnice z demenco ob teoretičnih spoznanjih  
Naomi Feil, prikazanih v knjigi Zid molka

### IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE (REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE)

- 26 Tehnologija za starejše - gerontehtnologija (Tina Lipar)  
27 Psihosocialni vidiki staranja in starosti ljudi z Downovim sindromom  
29 Kakovost življenja – staranje in Downov sindrom (Beata Akerman)  
31 Nov program o staranju (Beata Akerman)  
41 **Drobci iz gerontološke literature** (Tina Lipar)  
44 **Dogodki** (Tina Lipar)

### GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)

- 45 Staranje (Jože Ramovš)  
46 Gerontehtnologija (Tina Lipar)  
46 Življenjska obdobja (Jože Ramovš)  
50 Socialna mreža (Jože Ramovš)

### SIMPOZIJI, DELAVNICE (SYMPOSIUMS, WORKSHOPS)

- 55 20. IAGG svetovni gerontološko-geriatrični kongres (Ksenija Ramovš, Ana Ramovš)  
73 Tretje mednarodno srečanje DiaMind (Tina Lipar)  
75 Njenih 30 let – Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje (Beata Akerman)

### STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE (AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES)

- 77 5-letni program starosti prijazne občine ali mesta (Jože Ramovš)

### IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES)

- 81 Delo Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v letu 2013 (Ksenija Ramovš)

### KLASIKI O STAROSTI IN STARANJU CLASSICS ON OLD AGE AND AGEING

- 86 Maja Sevnik: Vitomil Zupan in njegova babica

V preteklih letih so na lokalnih volitvah stranke in kandidati za župane pogosto obljubljali izgradnjo krajevnega doma za stare ljudi. Ta obljuba odgovarja zelo stvarni potrebi, da živi star človek v svojem domačem kraju, ki ga pozna in kjer ljudje poznajo njega; če žc ne more živeti na svojem domu, naj bo vsaj ustanove, v katero se preseli, v domačem kraju. Čeprav večina teh obljub ni bila izpolnjena, kažejo le-te na bistveno načelo kakovosti človekovega življenja in sožitja: **oskrba onemoglih starih ljudi in varstvo predšolskih otrok sodita v domač kraj, v krajevno skupnost**. Postavlja se vprašanje, odkod v Sloveniji anahronizem, da je mreža domov za stare ljudi v domeni države? (Občine imajo dolžnost do-plačevanje stanarine za tiste, ki sami ne zmorejo, ne odločajo pa o mreži domov in načinu življenja v njih.) Ta organizacijska slabost nam je ostala od nedokončane posocialistične tranzicije. Leta 1992 je bilo v novem zakonu o socialnem varstvu dragoceno izhodišče, da nič dobrega od dotedanje sociale ne sme propasti. Slovenska mreža domov za stare ljudi je bila takrat še zelo visoko na svetovni lestvici razvoja. Ker so bile občine v naglem preoblikovanju (stare so se delile na manjše) in ker niso imele zadostnega lastnega financiranja, je bila ohranitev državne odgovornosti za mrežo domov nujna. Toda za pet do največ deset let, ko bi bili morali vzpostaviti pokrajinsko strukturo države in stabilno financiranje občin za vse osnovne skupne potrebe skupnosti. To se do danes ni zgodilo, država pa tudi ni razvijala domov niti sledila ostali Evropi v razvoju sodobnih deinstitucionaliziranih programov oskrbe v domačem okolju. Krajevne politike in uprave so pri tem, da bi zadovoljile potrebe in želje ljudi po oskrbi v domačem kraju, prepuščene sebi. Tu je prihajalo še do druge usodne deviacije: krajevni politiki in uprave seveda ne morejo sami spremljati evropskega razvoja na področju organiziranja oskrbe starih ljudi, v Sloveniji pa ni bilo razvojnih modelov na očeh vsem. Zato so v volilnih programih obljubljali zastarele pristope izpred treh desetletij, ne da bi se zavedali anahronizma. V tem smislu je še sreča, da večina načrtov glede izgradnje domov ni bilo uresničeno.

Letošnje krajevne volitve bodo priložnost za sodobne programe oskrbe onemoglih starih ljudi v krajevni skupnosti in s tem povezane programe krepitve medgeneracijskega sožitja. Nekaj novih izhodišč je ugodnih. V javnosti so se precej razširile informacije o njih ter o sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe, ki ga imajo sosednje evropske države. Demografski problemi čedalje večjega števila starih ljudi so čedalje bolj vidni. Slovenija se odloča, da bo svoja kohezijska sredstva iz EU porabljala za posodobitev tega področja. Finančna kriza, ki tare tako družine, ki potrebujejo oskrbo, kakor občine in državo, ki jo mora organizirati in do-plačevati, ne dopušča širjenja dragih institucionalnih programov, ki oskrbujejo kvečjemu tretjino onemoglih, ampak uvajanje t. i. mehkih (poceni) in učinkovitih programov za ohranjanje in krepitev neformalne družinske oskrbe, ki ima danes na plečih dve tretjini oskrbe potrebnih ljudi. Krajevne politike imajo torej ugodno priložnost za resnični razvoj svojih skupnosti na tem področju. Sedaj, ko pripravljajo svoje predvolilne programe, si postavljajo temeljno vprašanje o njih. Ali so a) varljiva vaba volivcem z zavestjo, da obljube ne bodo uresničene, b) so resne dobronamerne obljube, ki odgovarjajo potrebam ljudi, zaradi neznanja pa rešitve ne odgovarjajo razvoju – obljubljajo slabše in dražje rešitve za oskrbo starih ljudi, kot so v nam primerljivih državah Evrope, c) je to stvaren in pošten razvojni politični načrt, ki je vzdržen (uresničljiv) glede na razpoložljive finančne in človeške vire občine – to je vizija, ki nagrajuje stranko kratkoročno in dolgotrajno. Vsaka stranka si želi to zadnje, saj povečuje njeno moč v tem in naslednjih mandatih. V pričujoči številki je v rubriki *Starosti prijazna mesta in občine* prikaz, kaj bi moral vsebovati dober krajevni načrt za področje staranja in demografske problematike. Znanje je tisto, s čimer lahko nacionalni Inštitut Antona Trstenjaka za področje staranja in sožitja pomaga politikim, občinam in drugim skupnostim, da izdelajo dobre načrte za to področje in jih potem uresničijo v praksi.

# KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD'AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

## **Izdajatelj in založnik / Publisher**

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje  
Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

## **Uredniški odbor / Editors**

dr. Jože Ramovš (urednik)

Tina Lipar

## **Uredniški svet / Editorial Advisory Board**

prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)

prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)

dr. Simona Hvalič Touzery (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)

prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)

prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)

Vida Miloševič Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)

prof. dr. Vid Pečjak (*psiholog in pisatelj*)

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

dr. Božidar Voljč (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)

## **Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board**

prof. dr. Mladen Davidovič (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)

prof. dr. David Guttman (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work, University of Haifa, Izrael*)

dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)

dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)

prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)

dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)

**Pregled besedila:** Polona Marc

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:  
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.

**Oblikovanje in priprava za tisk:** Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6

**Tisk:** Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6€

Spletna stran: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>

E-pošta: [info@inst-antontrstenjaka.si](mailto:info@inst-antontrstenjaka.si)

Revija Kakovostna starost v letu 2014 sofinancira ARRS

*Simona Hvalič Touzery*

## Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji

### POVZETEK

Ljudje, stari 85 let in več, so najhitreje naraščajoča skupina prebivalstva, ki je v Sloveniji slabo raziskana. Uporabili smo bazo podatkov mednarodne raziskave SHARE, ki je v vzorec zajela tudi Slovenijo. Podatki o socialnih mrežah starih ljudi, s poudarkom na najstarejših ljudeh, so bili obdelani s statističnim paketom SPSS 20.0 z vidika opisne statistike ter bivariatne analize. Socialne mreže pomembno vplivajo na zdravje, duševno počutje, kakovost življenja, družbeno solidarnost in aktivno staranje. Z vidika teh dejavnikov so najstarejši ljudje ranljiva skupina, saj se v višji starosti zmanjša velikost tradicionalnih socialnih mrež ( $p=0,002$ ), spremeni se njihova struktura; upade delež partnerjev ( $p=0,000$ ), prijateljev ( $p=0,017$ ), bratov in sester ( $p=0,000$ ). Delež prejemnikov in izvajalcev pomoči se spreminja s starostjo ( $p=0,000$ ).

**Ključne besede:** socialne mreže, stari ljudje, najstarejši ljudje, SHARE

*'AVTORICA: Prof. dr. Simona Hvalič Touzery je prodekanja za raziskovanje na Visoki šoli za zdravstvo nego Jesenice. Je izvajalka predmetov Sociologija zdravja in bolezni in Komunikacija v zdravstvenem in negovalnem timu s supervizijo, Promocija zdravja in Gerontološka zdravstvena nega z gerontologijo. Njena raziskovalna področja so: socialna gerontologija, najstarejši ljudje, družinski oskrbovalci starih ljudi, sociologija zdravja in bolezni, promocija zdravja in komunikacija.*

### ABSTRACT

#### **Traditional social networks of the oldest old in Slovenia**

People aged 85 and over are the fastest growing population group in Slovenia, yet under-researched. The present analysis is based on SHARE's Wave1 which obtained data also for Slovenia. This allowed us to assess the social network of older people with the special emphasis on the oldest old. Data were processed using statistical package SPSS 20.0. Social networks have a significant impact on health, well-being, quality of life, social solidarity and active aging. Thus, oldest old are vulnerable group of people, as the network size reduces with age ( $p = 0.002$ ) and the composition of social network changes; share of partners ( $p = 0.000$ ), friends ( $p = 0.017$ ) and siblings ( $p = 0.000$ ) in social network decreases with age. The proportion of recipients and providers of help also changes with age ( $p = 0.000$ ).

**Key-words:** social network, older people, oldest old, SHARE

*AUTHOR: Dr Simona Hvalič Touzery, Assistant Professor, is a vice-dean for research at College of Nursing Jesenice. She is a lecturer of Sociology of Health and Disease, Communication in Supervised Health and Nursing Teams, Health Promotion and Gerontological Nursing with Gerontology. Her areas of academic and research interests are: social gerontology, oldest old, family carers of old people, sociology of health and disease, health promotion and communication.*

## 1. UVOD

Trenutni in prihajajoči demografski trendi postavljajo pred sodobne družbe vrsto izzivov, s katerimi se človeštvo še ni soočalo. Naj jih omenimo le nekaj: kako prilagoditi družbo vse večjemu deležu starih ljudi in vse manjšemu deležu otrok ter aktivne populacije; kako poskrbeti za vse večji delež onemoglih starih ljudi in se uspešno spoprijeti z demenco, ki je danes veliko bolj razširjena kot nekoč; kako v družbi čim bolj izkoristiti potencialne in zmožnosti starih ljudi; kako se odzvati na spremenjene potrebe starih ljudi; kako doseči socialno čim bolj osveščeno in prijazno, a hkrati finančno vzdržno družbo. Na vse te nove izzive se lahko uspešno odzivamo le s pridobivanjem novih znanj in spoznanj, tudi prek različnih raziskav.

Ljudje, stari 85 let in več (imenujemo jih najstarejši ljudje), so najhitreje naraščajoča skupina starostnikov. Ti so v Sloveniji leta 2013 tvorili 1,5 % prebivalstva, leta 2030 jih bo 3,1 %, leta 2060 pa jih bo že 144.468, kar pomeni 7,02 % slovenskega prebivalstva (SURS, 2013). Skupina ljudi, ki so stari 80 let in več, se letno poveča za 3,8 % (Verot, 2010). Kljub tem demografskim trendom pa o najstarejših ljudeh v Sloveniji ne vemo veliko, saj so pogosto izvzeti iz raziskav ali pa so v njih številčno premalo zastopani, da bi prišli do pomembnejših informacij. Mednarodna raziskava SIARE (2011) nam omogoča vpogled v ta segment prebivalstva; v tem prispevku bomo iz njenih podatkov pogledali socialne mreže starih ljudi, s poudarkom na najstarejših.

Kot ugotavlja Ramovš (2003) je »kakovostno življenje v vseh življenjskih obdobjih odvisno od dobrega razmerja med osebno samostojnostjo in ustrezno vpetostjo v medčloveške povezave«. Obstaja vrsta definicij socialnih mrež. Ramovš (2003) pravi, da je *»mreža – natančneje socialna mreža – strokovni izraz v socialnem delu in drugih strokah, ki kaže človekovo vpetost v socialne skupine in skupnosti«*. Hlebec (2010) meni, da *»socialno omrežje posameznika predstavljajo ljudje – to so običajno družina, prijatelji, sosedje ali sodelavci – ki posamezniku s svojo prisotnostjo in vzajemno pomočjo omogočajo kakovostno preživljanje vsakdanjega življenja.«* Pri slednji gre za definicijo tradicionalnih socialnih mrež, ki so bile bolj izrazite v tradicionalnih družbah, v moderni družbi pa so izgubile del svoje vloge in izoblikovale so se nove socialne mreže – npr. prostovoljske, državne, zavarovalniške, civilne in podjetniške (Ramovš, 2003). V tem prispevku bomo ugotavljali vpliv tradicionalnih socialnih mrež na kakovost življenja najstarejših ljudi.

Raziskave kažejo na močno pozitivno vlogo socialnih mrež v vsakdanjem življenju. Te vplivajo na kakovost življenja starih ljudi (Berg in dr., 2009; Litwin in Stoeckel, 2013; Pinquart in Sorensen, 2000; Stoeckel in Litwin, 2013) in so pomemben dejavnik zdravja, dobrega počutja in zadovoljstva z življenjem (Cornwell in Waite 2009; Dahlgreen in Whitehead, 1991: 11; Deindl in dr., 2013; Hlebec, 2010; Merz in Huxhold, 2010; Pinquart in Sorensen, 2000). Stari ljudje z močnimi socialnimi mrežami se učinkoviteje spopadajo s stresnimi dejavniki (Krause, 2004; Šadl in Hlebec, 2009). Socialne mreže so tudi varovalni dejavnik pred depresijo (Berg in dr., 2009; Croezen in dr., 2012). Dobra socialna mreža blaži upad funkcionalnih sposobnosti in boljša kognitivne funkcije pri starostnikih (Pahor in dr., 2009), krepi družbeno solidarnost (Stoeckel in Litwin, 2013) in igra pomembno vlogo pri vzdrževanju aktivnega staranja (Cornwell in Waite, 2009). Kot take so socialne mreže bistveni sestavni del staranja tudi v 21. stoletju (Stoeckel in Litwin, 2013).

V Sloveniji so socialne mreže starih ljudi dobro in poglobljeno raziskane (Filipovič Hrast in Illebec, 2012; Filipovič in dr., 2005; Illebec 2009, 2010, 2012; Illebec in Filipovič Hrast, 2012; Novak, 2004; Pahor in dr., 2009; Ramovš, 2003). Njihova pomanjkljivost je le, da vanje najstarejši ljudje kot samostojna skupina v glavnem niso bili zajeti.

Naš prispevek ugotavlja velikost in sestavljenost socialnih mrež starih ljudi, značilnost povezav med starimi ljudmi in člani mrež (frekvenco stikov, geografsko oddaljenost, moč povezav) ter v kolikšni meri so stari ljudje ponudniki ali prejemniki pomoči. Rezultati so analizirani glede na mednarodno uveljavljeno delitev starostnikov: mlajši starostniki (65-74 let), ljudje v srednjem starostnem obdobju (75-84 let) in najstarejši ljudje (85 let in več) (Pilcher 1995).

## 2. METODE

Rezultati temeljijo na četrti fazi multidisciplinarne Raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi – SHARE (ang. *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*) (*Share Release 4.0*), izvedene leta 2011. SHARE podatki vključujejo nacionalno reprezentativne podatke ljudi, starih 50 let in več, v vseh 27 državah članicah Evropske unije. Vzorci so verjetnostni. Zbiranje podatkov je v Sloveniji izvedel Inštitut za ekonomska raziskovanja. Iz osnovnega vprašalnika, ki vsebuje 20 različnih vsebinskih sklopov, smo v obdelavo vključili vprašanja iz štirih vsebinskih sklopov: demografija, socialne mreže, družina in otroci, podpora okolja.

V Sloveniji je bilo v raziskavo vključenih 2756 anketirancev. Za potrebe naše raziskave smo obdelali vzorec ljudi, starih 65 let in več, tako je končni vzorec zajel 1306 ljudi. Povprečna starost anketirancev je bila 74,4 leta. Žensk je bilo v vzorcu 56,6 %.

Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS 20.0 z vidika opisne statistike (frekvence, ukaz descriptive), bivariatne analize razlik (Kruskal Wallis II test, Analiza variance-ANOVA) in bivariatne analize povezanosti (Pearsonov koeficient korelacije, Spearmanov korelacijski koeficient). Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti 0,05 in manj. Pri obdelavi podatkov smo za socialne mreže uporabili nekatere generirane variable, ki jih je pripravila SHARE skupina.

Etične standarde SHARE so pregledali na Notranjem revizijskem odboru Univerze v Mannheimu (*University of Mannheim Internal review board (IRB)*).

## 3. REZULTATI

### 3.1 SOCIO-DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI STAROSTNIKOV

Delež žensk narašča s starostjo, zato govorimo o feminizaciji starosti. Delež poročenih s starostjo močno upade (s 73 % pri mlajših starostnikih na 38,4 % pri najstarejših), hkrati pa se poveča delež ovdovelih. Več kot polovica najstarejših ljudi je ovdovelih, in sicer v povprečju 17 let. Ljudje v srednjem starostnem obdobju so bili v času anketiranja vdovci/vdove v povprečju 15 let, mlajši starostniki pa 12 let. Stari ljudje s svojimi partnerji preživijo velik del svojega življenja, čemur pritrjujejo podatki o letih zakonske zveze, ki se v povprečju gibljejo od 43,7 leta pri mlajših starostnikih, do 50,1 leta pri ljudeh v srednjem starostnem

obdobju in 46,4 leta pri najstarejših ljudeh. Stari ljudje imajo v povprečju dva otroka, med 3 in 4 vnuke, delež prastaršev pa s starostjo strmo narašča (Tabela 1).

**Tabela 1: Socio-demografske značilnosti starostnikov, SHARE, 2011, n=1306**

| Značilnosti   | 65 do 74 let (n=724) |         | 75 do 84 let (n=483) |         | 85 let in več (n=95) |         |
|---|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|
|   | % ali vrednost       | Min-Max | % ali vrednost       | Min-Max | % ali vrednost       | Min-Max |
| <b>Spol</b>   |                      |         |                      |         |                      |         |
| Ženska  | 54,4 %               |         | 58,4 %               |         | 63,6 %               |         |
| Moški   | 45,6 %               |         | 41,2 %               |         | 36,4 %               |         |
| <b>Starost (v letih)</b>                            | 69,5                 | 65-74   | 79,0                 | 75-84   | 87,6                 | 85-99   |
| <b>Zakonski stan</b>                                |                      |         |                      |         |                      |         |
| Poročen (živita skupaj)                             | 73 %                 |         | 58,2 %               |         | 38,4 %               |         |
| Izvenzakonska skupnost ali registrirano partnerstvo | 2,1 %                |         | 1,0 %                |         | 1,0 %                |         |
| Poročen (ne živita skupaj)                          | 0,4 %                |         | 0,6 %                |         | 0 %                  |         |
| Samski oz. nikoli poročen                           | 2,5 %                |         | 4,2 %                |         | 4,0 %                |         |
| Ločen   | 3,6 %                |         | 1,0 %                |         | 0 %                  |         |
| Ovdovel   | 18,4 %               |         | 34,9 %               |         | 56,6 %               |         |
| <b>Leta poroke</b>                                  | 43,7 (n=356)         | 1-57    | 50,1 (n=178)         | 7-61    | 46,4 (n=29)          | 27-64   |
| <b>Leta vdovstva</b>                                | 12,5 (n=133)         | 0-47    | 15,4 (n=166)         | 0-50    | 17,54 (n=54)         | 0-53    |
| <b>Število potomcev</b>                             |                      |         |                      |         |                      |         |
| Otrok <sup>1*</sup>                                 | 2 (±0,979)           | 0-8     | 1,9 (±1,116)         | 0-6     | 2,3 (±1,608)         | 0-8     |
| Vnukov <sup>2*</sup>                                | 3,01 (±2,327)        | 0-20    | 3,4 (±2,767)         | 0-16    | 4,1 (±3,058)         | 0-15    |
| Ima pravnuke <sup>3**</sup>                         | 10,5 %               |         | 39,8 %               |         | 67,1 %               |         |

<sup>1</sup> $r_{(p)} = -0,027$ ,  $p = 0,398$ , <sup>2</sup> $r_{(p)} = -0,136$ ,  $p = 0,000$ , <sup>3</sup> $r_{(p)} = -0,421$ ,  $p = 0,000$

\* Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski) –  $r_s$ :  $p < 0,05$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.

\*\* Pearsonov koeficient korelacije: –  $r_p$ :  $p < 0,05$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj povezani in odvisni.

### 3.2 SESTAVA IN VELIKOST SOCIALNIH MREŽ STARIH LJUDI

Podatki o povprečni velikosti socialnih mrež in povprečnemu številu družinskih članov potrjujejo, da glavni del socialnih mrež starih ljudi sestavljajo družinski člani (82,8 %). Podrobnejši razrez o tem, kdo so ti družinski člani, je pokazal, da gre za partnerje, otroke, brate in sestre ter vnuke. Podatki o njihovem deležu v socialnih mrežah se glede na starostno skupino močno razlikujejo ( $p < 0,05$ ). Pri mlajših starostnikih so partnerji najbolj zastopani član socialne mreže, kar opazimo tudi pri ljudeh v srednjem starostnem obdobju, le da imajo ti nekoliko nižji delež partnerjev v socialni mreži. Pri najstarejših ljudeh tvorijo otroci polovico socialne mreže, partnerji le še tretjino.



Velikost socialnih mrež upada z višjo starostjo ( $p=0,002$ ). Največ (52,1 %) jih ima v svoji socialni mreži eno osebo, 18,5 % dve osebi, desetina pa tri osebe. Delež tistih, ki v svoji socialni mreži nimajo nikogar, s starostjo narašča. Med mlajšimi starostniki je takšnih 8,6 %, pri najstarejših ljudeh pa 12,1 %. V socialni mreži starih ljudi, ne glede na starostno skupino, prevladujejo ženske ( $p>0,05$ ).

**Tabela 2: Sestava in velikost socialne mreže starih ljudi, SHARE, 2011, n=1306**

|   | Skupaj<br>(n=1.306)         | 65 do 74 let<br>(n=724)     | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95)     | $r_{(s)}^1 / r_{(p)}^2 / r_{(p)}^3$  |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <b>V socialni mreži so:</b>                                 |                             |                             |                         |                             |                                      |
| družinski člani   | 82,8%                       | 84,0%                       | 82,0%                   | 77,8%                       | -0,040 (0,144) <sup>1</sup>          |
| ženske  | 69,3%                       | 71,3%                       | 66,3%                   | 69,7%                       | -0,043 (0,120) <sup>1</sup>          |
| <b>partner</b>  | 55,1%                       | <b>61,9%</b>                | <b>49,5%</b>            | <b>33,3%</b>                | -0,182 ( <b>0,000</b> ) <sup>1</sup> |
| <b>otroci</b>   | 36,7%                       | <b>34,4%</b>                | <b>37,5%</b>            | <b>50,5%</b>                | 0,028 (0,320) <sup>1</sup>           |
| <b>prijatelji</b>   | 12,8%                       | <b>14,8%</b>                | <b>10,8%</b>            | <b>8,1%</b>                 | -0,066 ( <b>0,017</b> ) <sup>1</sup> |
| <b>bratje/seste</b>   | 8,3%                        | <b>10,2%</b>                | <b>6,4%</b>             | <b>4,0%</b>                 | -0,162 ( <b>0,000</b> ) <sup>1</sup> |
| vnuki   | 2,6%                        | 1,5%                        | 3,3%                    | 7,1%                        | 0,018 (0,525) <sup>1</sup>           |
| člani formalnih služb                                       | 0,3%                        | 0,3%                        | 0,2%                    | 1,0%                        | -0,023 (0,401) <sup>1</sup>          |
| drugi   | 10,1%                       | 9,4%                        | 11,2%                   | 10,1%                       | -0,001 (0,984) <sup>1</sup>          |
| <b>Povprečno število družinskih članov v socialni mreži</b> | <b>1,48</b> ( $\pm 1,047$ ) | 1,54 ( $\pm 1,085$ )        | 1,40 ( $\pm 1,005$ )    | 1,39 ( $\pm 0,932$ )        | 1.517 (0,220) <sup>2</sup>           |
| <b>Povprečna velikost socialne mreže</b>                    | <b>1,66</b> ( $\pm 1,279$ ) | <b>1,75</b> ( $\pm 1,358$ ) | 1,57 ( $\pm 1,188$ )    | <b>1,47</b> ( $\pm 1,043$ ) | 4.122 ( <b>0,016</b> ) <sup>2</sup>  |
| <b>Povprečna velikost gospodinjstva</b>                     | <b>2,79</b> ( $\pm 1,463$ ) | 2,70 ( $\pm 1,402$ )        | 2,90 ( $\pm 1,535$ )    | 2,85 ( $\pm 1,508$ )        | 2.853 (0,058) <sup>2</sup>           |
| <b>Velikost gospodinjstva – število članov:</b>             |                             |                             |                         |                             |                                      |
| 1   | 14,5%                       | 15,9%                       | 12,8%                   | 12,1%                       |                                      |
| 2   | 37,2%                       | 39,8%                       | 33,3%                   | 37,3%                       |                                      |
| 3   | 24,7%                       | 22,0%                       | 28,0%                   | 28,3%                       | -0,059 ( <b>0,034</b> ) <sup>3</sup> |
| 4   | 11,6%                       | 10,6%                       | 12,8%                   | 12,1%                       |                                      |
| 5 in več  | 11,9%                       | 11,7%                       | 12,5%                   | 10,1%                       |                                      |
| <b>Najbližji član socialne mreže živi:</b>                  |                             |                             |                         |                             |                                      |
| <b>v istem gospodinjstvu</b>                                | <b>61,1%</b>                | <b>65,7%</b>                | <b>57,2%</b>            | <b>46,5%</b>                |                                      |
| <b>v isti zgradbi</b>                                       | <b>6,0%</b>                 | <b>5,1%</b>                 | <b>6,1%</b>             | <b>12,1%</b>                |                                      |
| manj kot 1km stran  | 12,5%                       | 10,0%                       | 15,7%                   | 16,2%                       | 0,066 ( <b>0,018</b> ) <sup>1</sup>  |
| od 1 do 5 km stran  | 5,8%                        | 5,1%                        | 6,3%                    | 9,1%                        |                                      |
| od 5 do 25 km stran   | 3,2%                        | 3,5%                        | 2,9%                    | 3,0%                        |                                      |
| 25 km in več stran  | 2,1%                        | 2,1%                        | 2,3%                    | 1,0%                        |                                      |
| drugo <sup>4</sup>  | 9,3%                        | 8,5%                        | 9,5%                    | 12,1%                       |                                      |

- <sup>1</sup> Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski) –  $r_s$ ;  $p < 0,05$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.
- <sup>2</sup> Analiza variance – ANOVA:  $F - p \geq 0,05$ ; razlike med variancami vseh treh skupin niso statistično pomembne.
- <sup>3</sup> Pearsonov koeficient korelacije  $r(p)$ :  $p < 0,05$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.
- <sup>4</sup> Drugo: zavrnil odgovor, ne vem, odgovor se ne nanaša na anketiranca.

### 3.3 ZNAČILNOST POVEZAV MED STAROSTNIKI IN ČLANI SOCIALNE MREŽE

Značilnosti povezav med posameznikom in člani socialne mreže smo po vzoru Illebec (2010) ugotavljali prek pogostosti stikov med posameznikom in člani mreže, geografske oddaljenosti članov mreže in moči povezav med posameznikom ter člani socialne mreže. Pri pogostosti stikov starih ljudi s člani socialnih mrež nismo ugotovili statistične povezanosti s starostjo ( $p > 0,05$ ). Odstotek vsakodnevnih stikov z višjo starostjo upade, a v povprečju ima vsakodnevne stike s člani svoje socialne mreže 78,1 % starih ljudi. Merjenje geografske oddaljenosti je pokazalo, da živi najbližji član socialne mreže pogosto v istem gospodinjstvu ali v isti zgradbi. Ta delež upada z višjo starostjo anketirancev ( $p = 0,018$ ). Moč povezav smo preverjali z oceno čustvene povezanosti z najbližje živečim članom socialne mreže. Nad 80 % anketirancev je bilo ne glede na starost ( $p = 0,058$ ) zelo čustveno povezanih z najbližje živečim članom socialne mreže. Stari ljudje so s svojo socialno mrežo precej zadovoljni. Med starostnimi skupinami nismo ugotovili statistično pomembnih razlik pri zadovoljstvu s socialno mrežo ( $p > 0,05$ ). Popolnoma je bilo s socialno mrežo zadovoljnih 40,8 % mlajših starostnikov, 43,3 % ljudi v srednjem starostnem obdobju in 38,4 % najstarejših ljudi. Na lestvici od 0 do 10 (0 = popolnoma nezadovoljen; 10 = popolnoma zadovoljen) je zadovoljstvo s socialno mrežo z najmanj 8 ocenilo 84,7 % mlajših starostnikov, 84,2 % ljudi v srednjem starostnem obdobju in 74,8 % najstarejših ljudi.

**Tabela 3: Značilnost povezav med starostniki in člani socialne mreže, SHARE, 2011,  $n = 1306$**

|  | Skupaj<br>( $n=1.306$ ) | 65 do 74 let<br>( $n=724$ ) | 75 do 84 let<br>( $n=483$ ) | 85 let in več<br>( $n=95$ ) | $r_{(s)}^1 / \frac{1}{H(2)(p)}^2 / \frac{4}{F}$ |
|--|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <b>Najbližji član socialne mreže živi:</b>   |                         |                             |                             |                             |   |
| <b>V istem gospodinjstvu</b>   | <b>61,1 %</b>           | <b>65,7 %</b>               | <b>57,2 %</b>               | <b>46,5 %</b>               |   |
| <b>V isti zgradbi</b>  | <b>6,0 %</b>            | <b>5,1 %</b>                | <b>6,1 %</b>                | <b>12,1 %</b>               |   |
| Manj kot 1 km stran  | 12,5 %                  | 10,0 %                      | 15,7 %                      | 16,2 %                      |   |
| Od 1 do 5 km stran   | 5,8 %                   | 5,1 %                       | 6,3 %                       | 9,1 %                       | 0,066 (0,018) <sup>1</sup>                      |
| Od 5 do 25 km stran  | 3,2 %                   | 3,5 %                       | 2,9 %                       | 3,0 %                       |   |
| 25 km in več stran   | 2,1 %                   | 2,1 %                       | 2,3 %                       | 1,0 %                       |   |
| Drugo <sup>4</sup>   | 9,3 %                   | 8,5 %                       | 9,5 %                       | 12,1 %                      |   |
| <b>Pogostost stikov s članom socialne mreže, s katerim ste najpogosteje v stiku:</b> |                         |                             |                             |                             |   |
| Vsakodnevno  | 78,1 %                  | 81,0 %                      | 75,3 %                      | 70,4 %                      |   |
| Večkrat tedensko   | 6,7 %                   | 6,0 %                       | 7,3 %                       | 8,2 %                       | 0,035 (0,207) <sup>1</sup>                      |
| 1x na teden  | 3,4 %                   | 2,6 %                       | 4,6 %                       | 4,1 %                       |   |

|   | Skupaj<br>(n=1.306) | 65 do 74 let<br>(n=724) | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95) | $r_{(s)}^1 / H_{(2)(p)}^2 / F^4$ |
|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Na 14 dni   | 1,0%                | 0,7%                    | 1,5%                    | 1,0%                    |                                  |
| 1x mesečno ali manj   | 1,1%                | 0,9%                    | 0,6%                    | 4,1%                    |                                  |
| Drugo <sup>4</sup>  | 9,7%                | 8,8%                    | 10,7%                   | 12,2%                   |                                  |
| <b>Čustvena povezanost z najbližje živečim članom socialne mreže:</b>   |                     |                         |                         |                         |                                  |
| Ne zelo povezan   | 0,5%                | 0,6%                    | 0,2%                    | 1,0%                    | 5.682 (0,058) <sup>1</sup>       |
| Delno povezan   | 8,2%                | 7,1%                    | 9,4%                    | 10,1%                   |                                  |
| <b>Zelo povezan</b>   | 51,1%               | <b>51,9%</b>            | <b>49,2%</b>            | <b>54,5%</b>            |                                  |
| <b>Zelo močno povezan / blizu</b>   | 31,2%               | <b>32,0%</b>            | <b>31,8%</b>            | <b>22,2%</b>            |                                  |
| Drugo <sup>4</sup>  | 9,0%                | 8,4%                    | 9,4%                    | 12,2%                   |                                  |
| <b>Ocena zadovoljstva s socialno mrežo na lestvici od 0 do 10</b> (0= popolnoma nezadovoljen; 10= popolnoma zadovoljen) |                     |                         |                         |                         |                                  |
|   | 8,52 (±2,125)       | 8,57 (±2,015)           | 8,52 (±2,178)           | 8,10 (±2,577)           | 2.149 (0,117) <sup>3</sup>       |

<sup>1</sup> Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski) –  $r_s$ ;  $p < 0,05$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.

<sup>2</sup> Kruskal Wallis H test:  $p > 0,05$  pomeni, da med variablami ni pomembne statistične razlike.

<sup>3</sup> Analiza variance – ANOVA:  $F$   $p > 0,05$ ; razlike med variancami vseh treh skupin niso statistično pomembne.

<sup>4</sup> Drugo: zavrnil odgovor, ne vem, odgovor se ne nanaša na anketiranca.

### 3.4 ZDRAVJE STARIH LJUDI

Lastna ocena zdravja je uveljavljena metoda splošnega zdravstvenega stanja, ki zajame fizične in duševne komponente zdravja ter zadovoljstvo z življenjem (Tomšič in Orožen, 2012). Raziskava je pokazala, da je lastna ocena zdravja povezana s starostjo anketirancev ( $p=0,000$ ). Najslabše so svoje zdravje ocenili ljudje, stari od 75 do 84 let. Občutek depresije je najmanj pogost pri mlajših starostnikih ( $p=0,000$ ). Najstarejši ljudje so veliko bolj kot ljudje v drugih dveh starostnih skupinah omejeni pri dnevni življenjskih aktivnostih ( $p=0,000$ ) in instrumentalnih vsakodnevnih opravilih ( $p=0,000$ ). 37,4 % najstarejših ljudi pri vsakdanjih aktivnostih ne čuti omejenosti zaradi zdravstvenih težav (Tablca 4).

Tabela 4: Zdravje starih ljudi glede na 3 starostne skupine, SHARE, 2011, Slovenija, n=1306

|   | Skupaj<br>(n=1.306) | 65 do 74 let<br>(n=724) | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95) | $r_{s(p)}^1 / H^2$          |
|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Splošna samoocena zdravja</b><br>(lestvica 1-5; 1= zelo dobro, 5=zelo slabo) | 3,58 (±1,061)       | 3,46 (±1,031)           | 3,77 (±1,031)           | 3,57 (±1,255)           | 0,135 (0,000) <sup>1</sup>  |
| <b>Občutek depresije</b><br>(lestvica od 1 do 10)                               | 2,76 (±2,092)       | 2,49 (±1,925)           | 3,11 (±2,275)           | 3,07 (±2,087)           | 22,697 (0,000) <sup>1</sup> |
| <b>Omejitev pri ADL<sup>3</sup> - dnevne življenjske aktivnosti</b>             |                     |                         |                         |                         |                             |
| Nima omejitev   | 85,7%               | 90,3%                   | 82,5%                   | 68,7%                   | 0,151 (0,000) <sup>1</sup>  |
| ≥ 1 omejitev  | 14,1%               | 9,7%                    | 17,3%                   | <b>30,3%</b>            |                             |

|  | Skupaj<br>(n=1.306) | 65 do 74 let<br>(n=724) | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95) | $r_{s(p)}^1 / H^2$          |
|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Omejitev pri IADL<sup>4</sup> - instrumentalna vsakodnevna opravila</b> |                     |                         |                         |                         |                             |
| Nima omejitev  | 73,2%               | 83,0%                   | 64,6%                   | 43,4%                   | 0,259 (0,000) <sup>1</sup>  |
| ≥ 1 omejitev   | 26,7%               | 17,0%                   | 35,2%                   | <b>55,6%</b>            |                             |
| <b>Omejenost zaradi zdravstvenih težav pri vsakodnevni aktivnosti</b>      |                     |                         |                         |                         |                             |
| Zelo omejen  | 16,0%               | 13,6%                   | 19,6%                   | 16,2%                   |                             |
| Delno omejen   | 41,4%               | 40,5%                   | 41,9%                   | 45,5%                   | -0,088 (0,001) <sup>1</sup> |
| Ni bil omejen  | 42,4%               | 45,8%                   | 38,3%                   | 37,4%                   |                             |

<sup>1</sup> Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski) -  $r_s$ ;  $p < 0,01$  pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.

<sup>2</sup> Kruskal Wallis H test:  $p < 0,05$  pomeni, da so med variablami pomembne statistične razlike; razlika med starostno skupino 65-74 let in drugima dvema starostnima skupinama.

<sup>3</sup> Dnevne življenjske aktivnosti so v Mednarodni klasifikaciji prakse zdravstvene nege definirane kot fenomeni zdravstvene nege, ki se nanašajo na samooskrbo s specifičnimi aktivnostmi, ki so dnevno potrebne pri skrbi za samega sebe. Zajemajo široko področje kompleksnih aktivnosti.

<sup>4</sup> Instrumentalna vsakodnevna opravila zajemajo kompleksne dejavnosti, potrebne za vsakodnevno življenje v specifičnem kulturnem okolju. Mednje prištevamo: vožnjo avtomobila, uporabo telefona, plačevanje računov, pripravo hrane, pranje perila, čiščenje, uporabo transportnih sredstev, jemanje zdravil, nakupovanje, upravljanje z denarjem ipd.

### 3.5 PREJEMNIKI TER IZVAJALCI NEFORMALNE POMOČI

Illebec (2010) govori o večrazsežnosti povezav v socialnih mrežah, s čimer razume število storitev, ki jih v povprečju posamezniku nudijo člani mreže. Gre torej za medsebojno nudenje socialne opore. V tem delu nas je zanimalo, v kolikšni meri so stari ljudje prejemniki in tudi ponudniki pomoči (Tabela 5). Pri tem smo uporabili že generirane variable SHARE skupine in se tako nismo podrobno poglobili v vse vrste pomoči, ampak je bil poudarek le na osebni in praktični pomoči ter finančni pomoči. Analiza prejemnikov in izvajalcev pomoči kaže statistično povezavo med starostjo in prejetjem oz. nudenjem pomoči. Tako s starostjo narašča delež prejemnikov pomoči ( $p=0,000$ ), in sicer v gospodinjstvu ( $p=0,050$ ) in izven njega ( $p=0,000$ ), upade pa delež ponudnikov pomoči ( $p=0,003$ ), delež starih staršev, ki so pazili vnuke ( $p=0,000$ ) ter finančna pomoč s strani drugih ( $p=0,024$ ) in članov omrežja ( $=0,002$ ). Finančno darilo članom socialne mreže so pogosteje nudili najstarejši ljudje kot pa drugi dve mlajši skupini starostnikov ( $p=0,045$ ). Člani socialne mreže in osebe izven mreže stari ljudem le v majhnem deležu zagotavljajo finančno pomoč, pogosteje pa jim nudijo osebno ali/in praktično pomoč. Potrdili smo tudi, da so stari ljudje pomemben vir pomoči pri varstvu vnukov, kar je še posebej izrazilo pri mlajših starostnikih (42,6 %).

**Tabela 5: Prejemniki in izvajalci neformalne pomoči glede na starost, SHARE, 2011, n=1306**

|   | Skupaj<br>(n=1.306) | 65 do 74 let<br>(n=724) | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95) | $r(s)^2$       |
|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| Prejel pomoč od drugih                        | 14,8%               | 9,8%                    | 18,7%                   | 28,9%                   | -0,172 (0,000) |
| <b>Prejel osebno/praktično pomoč od oseb:</b> |                     |                         |                         |                         |                |
| v istem gospodinjstvu                         | 12,7%               | 7,9%                    | 15,4%                   | 34,0%                   | 0,047 (0,050)  |

|   | Skupaj<br>(n=1.306) | 65 do 74 let<br>(n=724) | 75 do 84 let<br>(n=483) | 85 let in več<br>(n=95) | r(s) <sup>2</sup> |
|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| izven gospodinjstva   | 14,8 %              | 9,8 %                   | 18,7 %                  | 28,9 %                  | 0,143 (0,000)     |
| Drugim nudil pomoč v zadnjem letu                             | 9,8 %               | 12,4 %                  | 7,2 %                   | 4,4 %                   | 0,092 (0,003)     |
| <b>Nudil osebno/praktično pomoč osebi:</b>                    |                     |                         |                         |                         |                   |
| v istem gospodinjstvu   | 8,6 %               | 7,6 %                   | 9,9 %                   | 11,1 %                  | -0,167 (0,000)    |
| izven gospodinjstva   | 9,7 %               | 12,2 %                  | 7,2 %                   | 4,4 %                   | 0,021 (0,450)     |
| Sem pazil na vnuka brez prisotnosti staršev                   | 29,9 %              | <b>42,6 %</b>           | 17,4 %                  | <b>5,1 %</b>            | 0,310 (0,000)     |
| <b>Nudil sem finančno pomoč</b>                               |                     |                         |                         |                         |                   |
| Nudil finančno pomoč članu socialnega omrežja                 | <b>12,6 %</b>       | 13,8 %                  | 11,2 %                  | 10,3 %                  | 0,038 (0,175)     |
| Prejel sem finančno pomoč                                     | 4,1 %               | 4,6 %                   | 3,3 %                   | 5,2 %                   | -0,049 (0,078)    |
| Prejel sem finančno pomoč                                     | 2,4 %               | 2,9 %                   | 1,9 %                   | 1,0 %                   | 0,062 (0,024)     |
| Prejel sem finančno pomoč s strani člana socialnega omrežja   | 0,9 %               | 0,8 %                   | 1,0 %                   | 1,0 %                   | -0,088 (0,002)    |
| <b>Prejel sem finančno darilo<sup>1</sup></b>                 |                     |                         |                         |                         |                   |
|   | <b>14,1 %</b>       | 16,9 %                  | 10,2 %                  | 13,4 %                  | 0,015 (0,592)     |
| <b>Dal sem finančno darilo<sup>1</sup></b>                    |                     |                         |                         |                         |                   |
|   | <b>8,3 %</b>        | 9,8 %                   | 5,6 %                   | 10,3 %                  | 0,042 (0,131)     |
| Dal sem finančno darilo članu socialnega omrežja <sup>1</sup> | 3,3 %               | 3,3 %                   | 2,7 %                   | 6,2 %                   | -0,055 (0,045)    |

<sup>1</sup> *S finančnim darilom je mišljeno dajanje denarja ali pokrivanje posebnih vrst stroškov kot so listi za zdravstveno oskrbo ali zavarovanje, šolanje, enkratni polog za hišo. Sem ne sodijo posojila ali donacije dobroteljnemu društvu.*

<sup>2</sup> *Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski) - r; p<0,05-pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni.*

## 4. RAZPRAVA

Na dobro zdravje in počutje ter spoprijemanje z vsakodnevnimi omejitvami vplivajo velikost (Cornwell, 2009) in sestava (Abuladze in Sakkeus, 2013) socialne mreže, ter kakovost socialne mreže in socialne opore (Cohen in dr., 2001). Berg s kolegi (2009) ugotavlja, da so najstarejši ljudje, ki so bolj zadovoljni s socialno mrežo, tudi bolj zadovoljni s svojim življenjem, kar potrjuje tesno povezavo med kakovostjo življenja in socialno mrežo. Pomembna je tudi pogostost stikov (Cohen in dr., 2001), saj stari ljudje z manj stiki z družinskimi člani in prijatelji dosegajo na lestvicah, z zdravjem povezano kakovostjo življenja, slabše rezultate (Lopez Garcia in dr., 2005).

Spremembe v zakonskem stanju, ki so, kot smo ugotovili v raziskavi, v starosti izrazite, vplivajo na zadovoljstvo z življenjem, še posebej pri starejših moških. Ti doživljajo bolj negativne posledice izgube partnerice (Berg in dr., 2009; Cheng in Chan, 2006). Razlika med spoloma verjetno odraža različne zakonske vloge partnerjev v kohortah, rojenih v prvi polovici prejšnjega stoletja (Berg in dr. 2009). Zakonska zveza nudi moškim in ženskam različne psihosocialne koristi, moški imajo v višji starosti manj prijateljev in je tako lahko njihova žena edina zaupnica (Chappell, 1989). Poleg tega so moški v tej kohorti manj kot ženske navajeni domačih opravil, zato jim vdovstvo prinese dodatne vsakdanje težave in izzive. S tega vidika so moški v poznem starostnem obdobju še bolj ogroženi od žensk iste starosti.

Abuladze in Sakkeus (2013) ugotavljata, da imajo v Evropi stari ljudje in tisti, ki so zaradi bolezni omejeni pri vsakdanjih aktivnostih, v povprečju manjšo socialno mrežo. Menita, da gre ta trend pri starih ljudeh verjetno pripisati naraščanju omejenosti zaradi bolezni in krčenju socialnih mrež zaradi umiranja njenih članov. To beležimo tudi v naši raziskavi, saj pri najstarejših ljudeh v socialni mreži upade delež prijateljev, partnerjev ter bratov oz. sester. Ljudje stari 80 let in več v Italiji, na Češkem, Poljskem in v Sloveniji imajo v svoji socialni mreži v povprečju manj kot dve osebi (Abuladze in Sakkeus, 2013). Upad velikosti socialne mreže v starosti je ugotovila slovenska raziskava *Omrežja socialnih opor prebivalstva Slovenije* iz leta 2002 (Ferligoj in dr., 2002). Tudi pričujoča raziskava ugotavlja, da velikost socialne mreže znatno upade pri najstarejših ljudeh. Najbližji član socialne mreže živi najpogosteje v istem gospodinjstvu ali zgradbi, čeprav se tudi ta delež opazno zmanjša pri najstarejših ljudeh. Pogostost stikov upada z višjo starostjo, kar ugotavljajo tudi druge raziskave (Due in dr., 1999; Lang in Carstensen, 1994), a kljub temu ostaja razmeroma visoka. Pomemben je tudi podatek, da je visok delež starih ljudi čustveno povezan s člani svoje socialne mreže. Berg in dr. (2009) ugotavljajo, da imajo z višjo starostjo stari ljudje sicer manj članov v socialni mreži, a imajo z njimi čustveno tesnejše odnose. Iz tega lahko sklepamo, da lahko izguba takšnega tesnega člana socialne mreže pusti v življenju starega človeka veliko praznino in večje negativne reakcije ter posledice za zdravje in kakovost življenja, kot bi to povzročila izguba člana mreže, s katerim star človek ni tako tesno povezan. Ob teh spoznanjih se ponovno potrjuje večja ranljivost najstarejših ljudi.

Vsi predhodno omenjeni dejavniki so tudi varovalni dejavniki pred osamljenostjo. Večja socialna mreža, večja čustvena povezanost znotraj mreže, pogostejši stiki in bližina stanovalj namreč zmanjšujejo občutje osamljenosti (Abuladze in Sakkeus, 2013; Shiovitz-Ezra 2013). Shiovitz-Ezra (2013) ugotavlja, da prisotnost partnerja sama po sebi še ne zmanjšuje verjetnosti za osamljenost, razen če je ta partner pomembna oseba, s katero je star človek tesneje povezan (Shiovitz-Ezra, 2013). Zanimivo je, da je po njenih ugotovitvah osamljenost manj prisotna pri tistih, ki svojih otrok nimajo v svoji zaupni socialni mreži, kot pri tistih, ki jih imajo, ter da se ljudje brez vnukov počutijo manj osamljeni kot starostniki z vnuki. Shiovitz-Ezra (2013) kot eno od možnih razlag za to presenetljivo ugotovitev vidi v tem, da lahko pri otrocih, vključenih v zaupno socialno mrežo, pride v teh tesnih in čustvenih odnosih do dodatnih napetosti in konfliktov.

Naša raziskava je še pokazala, da so stari ljudje tako ponudniki kot prejemniki pomoči. Nudenje je najbolj izrazito v zgodnjem starostnem obdobju, še posebej z vidika pomoči pri varstvu vnukov. Delež prejemnikov pomoči se viša s starostjo, kar je pričakovano glede na upad zdravja in večjo omejitev v dnevni življenjski aktivnosti (ADI) ter instrumentalnih vsakodnevnih opravilih (IADL). V naši raziskavi je bilo brez omejitev v ADL 90,3 % mlajših starostnikov in le 68,7 % najstarejših ljudi. Podatki o omejenosti pri IADL še bolj izrazito kažejo na upad zmožnosti najstarejših ljudi in njihovo potrebo po pomoči. Raziskave potrjujejo pozitiven vpliv neformalne pomoči članov družinske mreže na dobro počutje starostnikov (Merz in Huxhold 2010), pozitiven vpliv pa se kaže tudi s strani pomoči drugih članov mreže, le da je ta vpliv manj izrazit (Merz in Huxhold, 2010; Yeung in Fung, 2007). Na povezavo med pomočjo in dobrim počutjem vplivajo tudi osebne značilnosti starega človeka (Yeung in Fung, 2007).

Kot ugotavljajo Pahor in dr. (2009), je pri nudenju in prejemanju socialne opore nujna vzajemnost, ki izničuje negativne občutke, da je človek nekomu v breme, in hkrati daje občutek zadovoljstva, koristnosti in pripadnosti. V raziskavi smo beležili predvsem praktično in finančno pomoč, pomembno pa je tudi nudenje čustvene opore drugim (Šadl in Hlebec, 2009), ki je nismo ugotavljali, a je z vidika občutij koristnosti (Šener, 2011; Lowenstein in dr., 2007) še posebej pomembna v višji starosti, ko ljudem pešajo telesne moči. Šener (2011) v raziskavi ugotavlja, da se razlika med prejeto in nudeno čustveno oporo povečuje s starostjo ter da je pri čustveni opori prisotna vzajemnost. Vzajemna čustvena opora članov družinske mreže pozitivno vpliva na počutje starih ljudi (Merz in Fluxhold, 2010; Šener, 2011). Instrumentalna pomoč na dobro počutje nima bistvenega pozitivnega vpliva, lahko pa ima negativen vpliv, ko so odnosi znotraj socialne mreže slabi (Merz in Fluxhold, 2010).

Na podlagi raziskave lahko trdimo, da so najstarejši ljudje skupina starostnikov, ki je glede tradicionalnih socialnih mrež v Sloveniji najbolj ranljiva, saj socialne mreže močno vplivajo na vsakdanje življenje in počutje starih ljudi. Spoznanja iz raziskave so pomembna tudi z vidika varovanja in krepitev zdravja starih ljudi, saj so socialne mreže lahko varovalni dejavnik, lahko pa tudi dejavnik tveganja in kot takega ga je treba prepoznati pri delu s starostniki.

Omejitev slovenskega dela raziskave SHARE je v tem, da je raziskava v Sloveniji zajela le stare ljudi, ki ne živijo v institucijah. Glede na to lahko podatke v prispevku posplošimo le na v domačem okolju živeče stare ljudi. Potrebna bi bila tudi poglobljena raziskava med stariimi ljudmi v domovih starejših občanov.

## 5. ZAKLJUČEK

Ugotavljali smo, da so tradicionalne socialne mreže pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje, duševno počutje, na zmanjševanje osamljenosti, kakovost življenja in aktivno staranje. Z vidika teh dejavnikov so najstarejši ljudje zelo ranljiva skupina, saj se velikost socialne mreže v višji starosti zmanjša, prav tako tudi njena kakovost in pogostost stikov.

### LITERATURA

- Abuladze Liili in Sakkeus Luule (2013). Social networks and everyday activity limitations. A Börsch-Supan, M Brandt, H Litwin, G Weber (ured.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis: 311-322*. Berlin: De Gruyter.
- Berg Anne Ingeborg, Hoffman Lesa, Hassing Linda Björk, McClearn Gerald M, Johansson Boo (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Ageing & mental health*, 13 (2): 191-201.
- Berg Anne Ingeborg, Hassing Linda Björk, McClearn Gerald, Johansson Boo (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Ageing & mental health*, 10 (3): 257-64.
- Chappell Neena L. (1989). Health and helping among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 1 (1): 102-120.
- Cohen Sheldon, Gottlieb Benjamin H., Underwood Lynn G. (2001). Social relationships and health: Challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind Body Medicine*, 17 (2): 129-141.
- Cornwell Benjamin (2009). Good health and the bridging of structural holes. *Social Networks*, 31 (1): 92-103.
- Cornwell Erin in Waite Linda (2009). Social disconnectedness, perceived isolation and health among older adults". *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (1): 31-48.
- Croezen Simone, Avendano Mauricio, Burdorf Alex, van Lenthe Frank J (2013). Does social participation decrease depressive symptoms in old age? A Börsch-Supan, M Brandt, H Litwin, G Weber (ured.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis: 391-402*. Berlin: De Gruyter.

- Dahlgren Göran in Whitehead Margaret (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Deindl, Christian, Hank Karsten, Brandt Martina (2013). Social networks and self-rated health in later life. A Börsch-Supan, M Brandt, I Litwin, G Weber (ured.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis: 301-310*. Berlin: De Gruyter.
- Due Pernille, Holstein Bjørn, Lund Rikke, Mødvig Jens, Avlund Kirsten (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social science & medicine*, 48 (5): 661–673.
- Ferligoj in dr. (2002). *Omrežja socialnih opor prebivalstva Slovenije* [kodirna knjiga]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Filipovič Hrast Maša in Illebec Valentina (2012). Teoretski modeli medgeneracijske solidarnosti. B Skela Savič, S Ilvalič Touzery, I Avberšek Lužnik, (ured.): *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo*: 86–93. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Filipovič, Maša, Kogovšek Tina, Illebec, Valentina (2005). Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. *Družboslovne razprave*, XXI (49/50): 205–21.
- Illebec Valentina (ur.) (2009). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Dialogi: humanistična in družboslovna zbirka, 10. Maribor: Aristej.
- Illebec Valentina (2010). Socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. S Ilvalič Touzery, BM Kaučič, M Kocjančič, N Rustja (ured.): *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnikov: zbornik prispevkov z recenzijo*: 89–95. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Illebec Valentina (2012). Percepcija ovir pri dostopu do zdravstvenih storitev. B Skela Savič, S Ilvalič Touzery, K Skinder Savič, J Zurec (ured.). *5. mednarodna znanstvena konferenca VSZJN: zbornik prispevkov z recenzijo*: 249–256. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Illebec Valentina in Filipovič Hrast Maša (2012). Vpliv odnosnih in strukturnih dejavnikov na funkcionalno medgeneracijsko solidarnost. B Skela Savič, S Ilvalič Touzery, I Avberšek Lužnik, (ured.): *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo*: 25–32. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Krause Neal (2004). Lifetime Trauma, Emotional Support and Life Satisfaction Among Older Adults. *The Gerontologist*, 44 (5): 615–623.
- Lang Frieder R. in Carstensen Laura L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9 (2): 315–324.
- Litwin Howard in Stoessel Kimberly J (2013). The Social Networks of Older Europeans. C Phellas (ur.). *Aging in European Societies – Healthy Aging in Europe. International Perspectives on Aging* (6): 177–190.
- Lopez Garcia Esther, Banegas José, Graciani Perez-Regadera Auxiliadora, Herruzo Cabrera Rafael, Rodriguez-Artalejo Fernando (2005). "Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research* 14 (2): 511–520.
- Lowenstein Ariela, Katz Ruth, Gur-Yaish Nurit (2007): Reciprocity in Parent–Child Exchange and Life Satisfaction among Elderly: A Cross-National Perspective. *Journal of the Social Issues*, 63(4): 865–883.
- Merz Eva-Maria in Fluxhold Oliver (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing and Society* 30 (05): 843–857.
- Novak Mojca (ur.) (2004). *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Pahor Majda, Domajnko Barbara, Illebec Valentina (2009). Spleti zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. V Illebec (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Dialogi: humanistična in družboslovna zbirka, 10: 221–236. Maribor: Aristej.
- Pinquant Martin in Sorensen Silvia (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, (15): 187–224.
- Pilcher Jane (1995). *Age and generation in modern Britain*. Oxford: Oxford University Press.
6. SHARE (2011). *Zbirka podatkov SHARE: - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Dostopno prek: <http://www.share-project.org/>
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Shiovitz-Ezra Sharon (2013). Confidant networks and loneliness. A Börsch-Supan, M Brandt, I Litwin, G Weber (ured.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis: 349-358*. Berlin: De Gruyter.



- Stoeckel Kimberly J in Litwin Howard (2013). Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities. A Börsch-Supan, M Brandt, H Litwin, G Weber (ured.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*: 277-288. Berlin: De Gruyter. Dostopno prek: <http://www.degruyter.com/viewbooktoc/product/185064>
- SURS (2013). *Projekcije prebivalstva EUROPOP2010 za Slovenijo po spolu in starosti, 2010-2060*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Sener, Arzu (2011). Emotional Support Exchange and Life Satisfaction. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1 (2) :79-88. [http://www.ijhssnet.com/journals/Vol.\\_1\\_No.\\_2;\\_February\\_2011/10.pdf](http://www.ijhssnet.com/journals/Vol._1_No._2;_February_2011/10.pdf)
- Šadl Zdenka in Hlebec Valentina (2009). »Saj veš, se najprej na domačega obrneš« - Emocionalna opora v družinskih omrežjih. V Hlebec (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Dialogi: humanistična in družboslovna zbirka, 10: 237-253. Maribor: Aristej.
- Tomšič Sonja in Orožen Kristina (2012). Samoocena zdravja. J Maučec Zakotnik in dr. (ured.): *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*, 17-27. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Vertot Nelka (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Zbirka Brošure. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Yeung Gladys T. Y. in Fung Helene H. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *European Journal of Ageing*, 4 (4): 219-27.

OPOMBA:

»V tem dokumentu uporabljamo podatke raziskave SHARE izdaje 2.5.0., z dne 24. maj 2011. Zbirko podatkov SHARE financira Evropska komisija v okviru 5. okvirnega programa (projekt QLK6-CT-2001-00360 v tematskem programu kakovost življenja), 6. okvirnega programa (projekti SHARE-13, r11, izmerjena-CT- 2006-062193, primerja, CIT5-CT-2005-028857, in SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) in prek 7. okvirnega programa (SHARE-PREP, 211909 in SHARE-LEAP, 227.822). Dodatna finančna sredstva zagotavlja ZDA Nacionalni inštitut za staranje (U01 AG09740-13S2, AG005842 P01, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 in OGLIA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) in Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo (glej [www.share-project.org](http://www.share-project.org) za celoten seznam finančnih virov).«

**Kontaktни naslov:**

**Prof. dr. Simona Hvalič Touzery**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

Spodnji plavž 3

SI-4270 Jesenice

E-naslov: [shvalictouzery@vszn-je.si](mailto:shvalictouzery@vszn-je.si)

## Karmen Murovec

# Študija primera bolnice z demenco ob teoretičnih spoznanjih Naomi Feil, prikazanih v knjigi *Zid molka*

### POVZETEK

V članku opisujem svoje skromne izkušnje pri delu z osebami z demenco med enoletnim delom v enem izmed domov za starejše ljudi. Poleg svojih izkušenj navajam tudi poglede strokovnjakov na bolezen demence in pomoč osebam z demenco z vidika metode validacije. Glede na to, da se življenjska doba podaljšuje in da je demenca vsaj večinoma povezana s starostjo, je pričakovati vedno večji porast te bolezni. Zato je koristno poznati učinkovite metode komunikacije z osebami z demenco, saj je znano tudi, da velik del svojcev v skrbi zanje prej ali slej žal pogosto izgori. In ena od zelo uporabnih metod je ravno validacija po Naomi Feil, ki jo Astrid van Hülsen pregledno predstavlja v svoji knjigi *Zid molka*.

**Ključne besede:** starost, bolezen demenca, metode komunikacije, Naomi Feil, validacija, Astrid van Hülsen, *Zid molka*.

*AVTORICA: Karmen Murovec se je rodila 5. 11. 1981 v Šempetru pri Novi Gorici. Šolo in gimnazijo je obiskovala v Ljubljani, kjer je leta 2000 po opravljeni maturi vpisala tudi študij latinskega jezika in splošnega jezikoslovja. Leta 2007 je na Filozofski fakulteti študij tudi zaključila z diplomom. Z osebami z demenco se je osebno prvič srečala leta 2012, ko je opravljala javno delo v enem izmed domov za starejše ljudi. Izkušnje z njimi so se je dotaknile in, kot sama pravi, za vedno spremenile njen pogled na življenje. Upa, da je tudi sama vsaj malo prispevala k dobremu počutju stanovalcev.*

### ABSTRACT

**Study on example of a person with dementia disease – theoretical recognitions of Naomi Feil**

The approximate age of living is higher (for three months at the last survey) every year, and dementia disease is very often in most cases related to age, so if we count together all the known facts, we can expect much higher and higher frequency of this disease. It is therefore very useful to know the efficient methods of communication with people with dementia disease, while it is also known as well, that quite a lot of relatives, who are taking care of the persons with dementia disease, sooner or later unfortunately burns out. In this article we are focusing on the method by Naomi Feil, called validation, that Astrid van Hülsen presents in her book.

**Key words:** old age, dementia disease, methods of communication, Naomi Feil, validation, Astrid van Hülsen.

*AUTHOR: Karmen Murovec was born on 5th of November in 1981, in Sempeter near Nova Gorica. She attended school in Ljubljana, after the graduation in 2000, she started studying*

latin and generative linguistics. She finished it in 2007. After few various jobs she became familiar with people with dementia disease, for the first time in year 2012. People with this disease touched her, and as she hopes her self, she has touched their hearts as well.

## 1. UVOD

Kot javna delavka sem delala v enem izmed domov za starejše, kjer sem se pri mnogih srečala z demenco, ki je prej nisem poznala tako od blizu. Zanj sem sicer že slišala, predvsem za Alzheimerjevo bolezen, toda povezovala sem jo zgolj z izgubo spomina v starosti. V resnici pa gre za mnogo več kot to. Resnici na ljubo, vsi kdaj kaj pozabimo ali se česa ne moremo spomniti, in če bi šlo zgolj za spomin, bi imeli potem demenco že vsi. Tudi to, da se pojavlja le v pozni starosti, ni povsem res. Obstajajo različne vrste demence, ki se lahko polastijo možganov tudi razmeroma mladih ljudi. Pravzaprav se starostna meja zaskrbljujejoče spušča. V tem članku pa ne bom govorila o medicinski plati te bolezni, saj za kaj takega nisem kompetentna, ampak se bom potrudila prikazati knjigo Astrid van Hülsen *Zid molka*, ki sem jo vzela v roke po predlogu delovne terapevtke in ki me je takoj prevzela s svojo preglednostjo, jasnostjo in predvsem razumljivostjo. To delo pa bom obenem povezala s konkretnim primerom demence, ki sem jo spoznavala in doživljala pri gospe, ki jo bom poimenovala gospa Anica.

## 2. STOPNJE DEMENCE Z VALIDACIJSKIM RAVNANJEM NA VSAKI STOPNJI, PO NAOMI FEIL, KAKOR TO PRIKAZUJE KNJIGA *ZID MOLKA*

V knjigi Astrid van Hülsen *Zid molka*, str. 63 - 84, so prikazane stopnje demence po Naomi Feil, takoj za njimi pa tudi validacijsko ravnanje na vsaki stopnji posebej. O tem piše v svojem članku tudi Tina Lipar (2012).

Američanka Naomi Feil je v šestdesetih letih razvila metodo validacije (prvi zapisi leta 1963). Do takrat se je delo s starimi ljudmi z demenco omejevalo na terapijo orientacije v realnost, ki je bila razvita za veterane korejske vojne. To je terapija, ki izhaja iz realnosti – kaj je danes, katerega leta smo, kateri dan je danes, kje se nahajamo. Naomi Feil, ameriška gerontologinja in sociologinja, je pri svojem delu s starimi ljudmi občutila nezadovoljstvo. Nobenega napredka ni bilo, nič se ni spreminjalo in prilagajalo. Po dolgoletnem delu z dementnimi ljudmi je odšla v New York, da bi tam obiskovala igralsko šolo. Že kmalu je ugotovila, da ta poklic ni zanjo, in se je vrnila k delu z dementnimi ljudmi. Svoje igralske sposobnosti pa je vedno znova uporabljala v demonstracijske namene. Bliskovito si je nadela vlogo stare gospe, da je nato kot svojka ali negovalka pokazala, kako enostavno je mogoče delati z dementnimi, če pri tem upoštevamo nekaj pravil. Problemi so bili v komuniciranju. Stari ljudje z demenco so govorili o preteklosti, negovalci so ostajali v sedanjosti. Drug z drugim so govorili (če sploh) na različnih ravneh. In ravno na to je postala pozorna Naomi Feil. Motena komunikacija je bila velika pomanjkljivost pri delu z dementnimi. Naomi Feil je svoje misli razvijala naprej. Iz znanih teorij in terapevtskih metod ter lastnih razmišljanj je nastala validacija: empatično razumevanje (Astrid van Hülsen, 2010).

Feilova deli demenco v splošnem na štiri stopnje, pri katerih pa le v prvih treh še obstaja možnost prehajanja na nižjo stopnjo, torej z druge na prvo, s tretje na drugo, nikakor pa ni mogoče pričakovati, da se bo oseba v četrti stopnji še kdaj povrnila na tretjo.

Vsaka od stopenj je dobila ime po svoji glavni opazni značilnosti. Prvo stopnjo poimenuje »pomanjkljiva oz. nesrečna orientacija«, drugo »časovna dezorientacija«, tretjo »ponavljajoči se gibi« in četrto stopnjo »vegetiranje«.

Naomi Feil predlaga tudi validacijsko ravnanje z dementnim bolnikom (Astrid van Hülsen, 2010). Pri tem poudarja, da je validacija sicer le ena izmed številnih metod. Sama se tu opiram nanjo, saj je v mojem praktičnem delu z dementnimi do zdaj pokazala največ uspeha. Gre za to, da dementno osebo potrdimo v njenem doživljanju, da ne zanikamo njene resničnosti, temveč se empatično vživimo vanjo. Validacija je obenem tudi metoda, ki jo potrebujemo vsi. Primerna je tudi za strokovne delavce, ko med seboj preverjajo svoje odločitve in dejanja v zvezi s pacienti. Sam izraz validacija izvira iz latinskega glagola *valeo*, ki pomeni *močan sem, imam moč, zdrav sem, veljam*.

Opaziti je, da pri vsaki stopnji kot pomemben del validacijskega ravnanja na prvem mestu navaja t. i. centriranje, izraz, ki ga sama nadomestim z izrazom fokusiranje oz. osredotočanje na osebo. Osebi posvetimo našo 100 % pozornost, se ne obremenjujemo z lastnimi čustvi, skrbmi, morebitnimi predsodki. V času, ko smo z dementno osebo, tega enostavno ni. Smo samo mi in oseba z demenco.

Razdelitev po stopnjah in validacijsko ravnanje po stopnjah pri bolniku z demenco po Naomi Feil (Astrid van Hülsen, 2010):

## 1. STOPNJA – POMANJKLJIVA/NESREČNA ORIENTACIJA

- Obupano se oklepajo stvarnosti v sedanosti.
- Želijo vedeti, kdo je sogovornik (njegovo ime/status).
- Njihov govor je razumljiv.
- Izmišljajo si opravičila za izgubo spomina.
- Tajijo izgubo sluha, vida in gibljivosti.
- Tajijo občutke, kot so osamljenost, zavračanje ali strah, deloma tudi veselje.
- Vse želijo imeti vedno na istem mestu.
- Nasprotujejo spremembam, npr. sosed v sobi, miza v jedilnici, drug stol.
- Ne želijo biti skupaj z ljudmi z demenco.
- Pogled je jasen in usmerjen v cilj, zavračajo stik z očmi.
- Pogosto obtožujejo druge: da so jim zastrupili hrano, nekaj ukradli.

### **Validacijsko ravnanje z dementnimi osebam 1. stopnje:**

- Centriranje (osredotočanje na osebo – ostale stvari pustimo ob strani). Tina Lipar (2012) se ustavi ob razlagi izraza »centriranje«, ki ga sicer podaja tudi Astrid van Hülsen v svoji knjigi. Centriranje je dihalna vaja, pri kateri se popolnoma osredotočim samo na svoje dihanje in tako poskušam odriniti vse druge stvari, ki me ta hip zaposlujejo (str. 86).
- Ne nagovarjamo občutkov (»Imam občutek, da ste razburjeni.«).
- Ugotavljamo.
- Dotiki samo na željo ali kot vračanje dotika.

- Ne opozarjamo na pomanjkljivosti, ne popravljamo.
- Uporabljamo K-vprašanja (Kdo, kako, kje, nikoli pa zakaj ali kako to, ker to zahteva utemeljitev, ki je nekdo z boleznijo demence 1. stopnje ne more dati.).
- Sprašujemo po skrajnostih (Ali je bilo to že od nekdaj tako? Je bilo slabše, boljše?).
- Uporabimo rešitve iz preteklosti (Kaj ste kdaj prej naredili v taki situaciji?).
- Pripravljenost, da povemo nekaj o sebi (to vzbuja zaupanje).

## **2. STOPNJA - ČASOVNA DEZORIENTACIJA**

- Pogosto izgubljajo občutek za čas.
- Zamenjujejo osebe iz sedanosti z osebami iz preteklosti.
- Pogosto mislijo, da starši še živijo / da so otroci še majhni.
- Želijo se vrniti v svoj prejšnji dom (pogosto v obdobje otroštva, mladosti, v hišo svojih staršev).
- Občasno ne prepoznajo svojega zadnjega stanovanja.
- Izživljajo svoje občutke.
- Dolgoročni spomin je ohranjen, kratkoročni se občasno izgublja.
- Občasno slišijo glasove, zvoke iz preteklosti, vidijo svoje slike, zaznajo vonjave.
- Pogled se oddaljuje, pogosto ni usmerjen.
- Pogosto govorijo tiho in nejasno, ustvarjajo lastne besede, ker ne najdejo pravih besed.
- Pogosto so sprti s svojo okolico.

### ***Validacijsko ravnanje z dementnimi osebami 2. stopnje:***

- Centriranje.
- Drugega jemljemo resno.
- Pomembna je višina našega glasu, ki naj bo na isti ravni kot višina glasu pri dementnem.
- Dovolimo, da pripovedujejo o svojih spominih, dokler to še zmorejo.

## **3. STOPNJA - PONAVLJAJOČI SE GIBI**

- Gibi se ponavljajo, npr. brisanje, hoja, zibanje.
- Nenehno petje, brundanje, tolčenje, jokanje, klicanje.
- Redko prepoznajo znane obraze, npr. svojce, sosede, negovalno osebje.
- Občasno reagirajo na osebe in stvari iz preteklosti.
- Pogosto so izgubili občutek »jaza«.
- Odzivajo se na dotike in neposreden pogled, vendar oči hitro odmaknejo.
- Znanih opravil ne zmorejo več ali le težka.
- Pogosto trpijo za inkontinenco.

### ***Validacijsko ravnanje z dementnimi osebami 3. stopnje:***

- Uporabljamo večpomenske besede, ponavljamo izgovorjene besede dementne osebe.
- Določeno vedenje poskušamo povezati z neko potrebo.
- Uporabljamo dotike.
- Uporabljamo glasbo.

- Zrcaljenje (pri tem moramo biti previdni, da ne posnemamo osebe, temveč le njena dejanja, recimo hodimo z njo gor in dol po hodniku, brišemo prah, ipd.).

#### **4. STOPNJA - VEGETIRANJE**

- Ni več lastne pobude oz. je le neznatna.
- Ne prepoznajo svojcev (tudi če le-ti dnevno prihajajo na obisk).
- Ne kažejo občutkov (vsaj ne tako, da bi bili vidni za druge).
- Oči imajo pogosto zaprte.
- Ni opaznega zavedanja lastnega telesa.
- Ne govorijo več ali komaj kaj.
- So inkontinentni.

#### ***Validacijsko ravnanje z dementnimi osebami 4. stopnje:***

- Centriranje.
- Uporabljamo dotike.
- Uporabljamo glasbo.
- Uporabljamo bazalno stimulacijo.
- Vtiramo poživljajoče essence.
- Z dementnim se pogovarjamo v celih stavkih.

Naj povzamem in poudarim posamezne tehnike validacijskega ravnanja, ki se mi zdijo bistvene: pomembno je, da osebe kličemo po imenu, da odgovorimo na vsako njihovo vprašanje, pa čeprav že tretjič zaporedoma na isto, in ne pripominjamo, kolikokrat smo to že storili v isti uri / istem dnevu. Pomembno je tudi, da se z dementnim pogovarja le ena oseba naenkrat, da k osebi pristopamo od spredaj, saj lahko tako uporabi vse čute (in se počuti varno). Izrednega pomena pa je tudi očesni kontakt, s katerim vzpostavljamo medosebno zaupanje. Besede, ki jih uporabljamo, pa naj bodo vedno preproste, stavki kratki in jedrnatí. Naš govor naj bo počasen in razločen, naš glas primerne jakosti glede na situacijo. Vedno spodbujamo h govorjenju, nikoli ne popravljamo. Ko dajemo navodila, je pomembno, da jih ni več naenkrat. V enem stavku uporabimo najprej le eno navodilo, na primer: odprite vodo, in šele po dejanju (v tem primeru z vodo) damo drugo navodilo: vzemite milo. Ne dajemo navodil iz sosednjega prostora in med tem, ko igra radio ali televizija. Dotik uporabljamo samo, če dementni to dovoli. Izogibamo se besed 'morate', 'ne smete', in nikar se z dementnim ne prepirajmo (Astrid van IJlensen, 2010).

### **3. ZGODBA GOSPE ANICE**

Bili smo v predbožičnem času, ko se je izgubila gospa Anica. To se je v tistem začetnem obdobju, ko je bila še nova v domu za stare ljudi, pogosto zgodilo, namreč da je kar na lepem izginila. Očitno se še ni privadila na novo okolje. Menda je že od nekdanj rada veliko hodila, verjetno ji je bilo v novem okolju preprosto vse preveč statično, na enem mestu, ona pa je pogrešala daljave in širjave svojega doma, kjer se je lahko sprehajala, kolikor sta ji poželega duša in srce.

Ko sem izvedela, da je izginila, sem takoj začutila neko osebno odgovornost zanjo, saj je bila iz »moje skupine starih ljudi«, s katerimi sem delala in vsako jutro skuhalo kavo. Tako da je bilo povsem naravno, da sem takoj izpeljala iskalno akcijo.

Kar lep čas sem hodila po središču mesta, in ko sem že sklenila, da je najbolje, da se vrnem po pomoč, sem jo zagledala. Bila je na drugi strani ceste. Srce mi je zaigralo od iskrenega veselja. To je bila vendar »moja Anica«. Delovala je nekako zmedeno in obotavljajoče, kakor da se ne more odločiti, kam naj gre, in da pravzaprav ne ve, kje natanko je. Kot da bi izgubila kompas sredi velikega gozda, okoli nje pa sama visoka drevesa. Če sem kdaj koli dvomila o njeni demenci, sem imela »dokaz« zdej pred svojim nosom. Bila je več kot očitno pomanjkljivo orientirana, povsem drugače kot recimo zdrava oseba, ki se znajde v tujem okolju. Gospa Anica je po teoriji Naomi Feil takrat imela demenco druge stopnje. Ko sem do nje pristopila z nasmehom na obrazu, saj sem bila presrečna, da sem jo našla, mi je bilo po njenem sicer prijaznem, a zmedenem pogledu, takoj jasno, da me ali sploh ne prepozna ali pa ne ve, od kod me pozna. Najprej sem ji povedala, kako mi je ime in od kod se pozna, da delam v domu za stare ljudi, kjer ona prebiva in kjer jo sedaj pogrešajo in so v skrbeh zanjo, saj ni prej nikomur povedala, da je kam namenjena. Odziv gospe Anice je bil tako enkrat, da mi je za vedno ostal v prisrčnem spominu. Rekla je namreč: »Ja, Karmen, kaj pa ti na tem koncu?« In ko sem ji vse povedala, je navrgla še: »Kdo pa bo zaskrbljen za staro babo?«, in se pri tem nasmehnila. Jaz sem ji nasmeh vrnila in odvrnila, da mi smo zaskrbljeni, da ona verjetno še ni jedla kosila in da je najbolje, da se vrneva zdaj tja. S tem se je strinjala, saj res še ni jedla. Uporabila sem preprosto ugotovitev, da je čas kosila in ker je ni tam, potem takem zamuja. Nič mi je ni bilo treba prepričevati ali pregovarjati, naj se vrne v dom. Bilo ji je tako preprosto jasno, da je človek v času kosila tam, kjer navadno tudi kosi.

Gospa Anica se mi je zdela posebej zanimiva, saj sprva sploh nisem opazala kakih izrazitih znakov demence - to gotovo tudi zaradi svojega pomanjkanja izkušenj in nepoznavanja bolezni - kajti ona npr. ni tajila, da ne vidi ali ne sliši. Celó sama je govorila, da slabo vidi in slabo sliši. Sem pa sčasoma opazila, da je to govorila zlasti tedaj, ko ji je prišlo nekako prav, pa to ne pomeni, da je lagala. Izpostaviti želim le njeno inteligenco in dejstvo, da ne smemo dementnih oseb nikoli podcenjevati, češ saj ne ve, kaj se dogaja okoli njega ali saj bo tako ali tako pozabil, kaj se je zgodilo / sem rekla / naredila itd. Anica npr. ni rada risala, vsake toliko pa sem, ko se mi je zazdelo, da kaže interes za to dejavnost (ko je opazovala druge pri risanju in barvanju), le vprašala, če bi mogoče želela kaj pobarvati, in takrat je navadno rekla, da ne vidi, da nima pri sebi očal. Ko pa sem jo vprašala, če bo raje opazovala druge pri tem, pa je odvrnila, da bo. Nikoli ji nisem prigovarjala, naj barva ali riše, ker tega nikoli poprej v svojem življenju ni počela, bila je računovodkinja in gospodinja. Zato sem jo po tem, ko smo spili kavo, ki sem jo skuhalo vsako jutro okoli devetih, poprosila, če lahko pomije skodelice, saj lahko to zaupam samo njej. To je večinoma tudi storila. Vsakič sem se ji po končanem delu zahvalila in pohvalila njeno delo. Zelo rada je tudi zlagala krpice in pometala, zato sem ji čez čas priskrbelo metlo in smetišnico, da je lahko pometala, kjer je želela. Od časa do časa smo se kot skupina, bilo je redno pet ljudi, včasih se nas je nabralo tudi več, šli igro 'vrzi kocko'. Takrat sem gospo Anico rada zaposlila z računanjem, ker sem vedela za njen poklic, tako da je vsak v skupini vrgel dve kocki, potem pa je seštel pike na obeh skupaj. Kdor jih je na koncu igre zbral največ, je seveda zmagal in dobil tudi simbolni dobitok.

Anica pa je, kakor sem opazila, najraje in najlažje seštevala konkretne stvari. Torej, če sem jo vprašala, koliko je 20 plus 25, ji je bilo znatno lažje priti do rezultata, če je vedela 20 česa in 25 česa. Tako sem uporabila stvari, ki smo jih imeli zraven, recimo 20 krožničkov in 25 skodelic za kavo, in sva brez problema dobili rezultat 45. Rada je imela tudi sprehode in morda se je ravno zato od začetka večkrat izgubila. Nekoč sem šla z njo na daljši sprehod, ki mi je razkril, kako inteligentna in modra je. Nikoli ni veliko govorila, kar pa je povedala, pa je imelo težo in navadno je bilo v šifrirani obliki. Na tistem sprehodu si je ogledovala okolico z vso pozornostjo in zanimalo jo je vse: kako se imenuje ta voda, kam se izliva, kaj je tista stavba v daljavi itd. Počasi mi je zmanjkovalo znanja, priznam. V nekem trenutku se je na nek moj komentar, da je nekaj povedala res pametno, obrnila k meni, se mi zazrla povsem bistro v oči in rekla: »Potem pa le nisem tako 'šutasta', kot zgledam!« Bili so trenutki, ki so v meni zbudili dejanske dvome o njeni demenci. A potem so se vedno pojavili tudi trenutki, ko sem videla, da je res slabo orientirana, in ko je delovala nekako izgubljeno. Tako je bilo tudi nekega dne, ko je preprosto 'izginila' iz mojega vidnega polja, potem pa jo je nazadnje našla in nazaj pripeljala delovna terapevtka. Takrat je gospa Anica rabila lep čas, da se je ponovno zbrala in orientirala, kje sploh je in kdo so ljudje okoli nje.

Predvidevam, da je bila gospa Anica kot računovodkinja verjetno spoštovana in pomembna, kar ji je res veliko pomenilo in ji še dandanes pomeni. Enkrat sem ji omenila, da smo jo v skupini že pogrešali in je odvrnila, da je torej pomembna oseba. Ob tem je želela tudi umestitev na lestvici od 1 do 10.

Zanimivo pa se mi zdi, da me je vedno znala poklicati z mojim imenom. Vedno je vedela, kdo sem. Vsaj vtis, ki ga je ustvarjala, je bil tak.

V domu je delovna terapevtka organizirala tudi družabne igre med stanovalci in osnovnošolskimi otroki iz dveh bližnjih osnovnih šol. Nekega dne sem na te igre (Človek ne jezi se!, karte »briškula« ipd., kar je kdo pač poznal) pripeljala tudi gospo Anico, ki je takoj povedala, da ne zna igrati nobene od teh iger. To bi bilo sicer lahko res, še bolj verjetno pa je, da je pozabila, kako se jih igra, a je to zaradi občutka sramu zatajila in si izmislila opravičilo za izgubo spomina. Poskusili smo, če bi šlo z ugibanjem imen, držav, mest itd. na posamezne črke (nekaj podobnega smo se šli tudi v 'moji skupini z jutranjo kavo'), vendar se je pokazalo, da je bila deklica, ki se je posvetila za tisto družabno uro gospe Anici na koncu vidno utrujena, kljub pomoči delovne terapevtke, saj gospa Anica ni in ni nehala z vprašanji. Tako sem tisto uro dobila vtis tudi o Aničinem značaju, ki je po mojem težek, sicer pa je inteligentna in preseneča z modrimi izjavami.

Naj navedem tudi nekaj primerov drugih dementnih, ki sem jih tisti čas spoznavala (vsem sem nadela samo kratice izmišljenih imen ali splošni izraz – ženska/moški).

Gospa M. je 'v svojih trenutkih' pogosto iskala svoje otroke, kakor da bi bili ti še res majhni. Enkrat so bili še dojenčki, ki jih je ravno dala spat in je bilo treba zato biti čimbolj tiho, drugič otroci, ki jim je bilo treba skuhati kosilo, ker se bodo kmalu vrnili iz šole, mož pa iz službe, in nikoli mi ni pozabila omeniti, koliko dela je 's temi otroci'. Bila je očitno v drugem stadiju demence, časovno dezorientirana, živela je v svoji preteklosti. Vse, kar sem storila, ko je bila v takem stanju, je bilo to, da sem jo vedno jemala resno (tako kakor tudi vse ostale) in s tonom glasu, kakor ga je ona uporabljala, vprašala kaj takega kot: Kaj je veliko dela z otroki, mar ne? Pokazala sem ji, da jo razumem, kakor bi to storile mlade mamice



med seboj. Bila sem empatična, skratka preprosto razumevajoče sočutna do 'meni enake'. Kakor da sva obe mamici z veliko skrbmi.

Ženska v začetni fazi demence se je vedno 'vračala domov s svojim avtom, ki naj bi jo še kar čakal pred domom' in skrbela za rože, če jih bo mož, ki pa je bil v resnici že dolgo pokojni, zalil ali ne. Nanje je bila zelo ponosna, saj jih je imela res polne balkone in so bile prekrasne, a to je bilo nekoč, zdaj pa že dalj časa stanuje v domu upokojencev. Velikokrat je bila zmedena in prepričana, da je prvič v domu upokojencev in da še ne ve, kje je jedilnica itn. Vsakič sem ji ponovno pokazala jedilnico, kakor da bi to naredila prvič. Najbolj pa sem bila v dilemi, kaj narediti, ko je že tretjič v eni uri rekla, da ne ve, kod hodi njen mož, da nič ne pride pogledat. Včasih sem jo poskušala soočiti z realnostjo, a sem hitro opazila, da to ni najboljši pristop in da ji zadajam vedno globljo rano, ki je že v njej. Zato sem skušala tak pogovor preusmeriti in speljati na drugo temo, recimo kaj takega, da ima mož (ponavljam, da gre za pokojnika) verjetno veliko dela, da se bo že oglasil, ko se bo lahko, in če bi mi lahko pomagala ali svetovala kaj glede vrta, saj se na to tako zelo spozna.

Moškega, ki je prišel v dom na novo, sem nekega dne srečala na hodniku in opazila njegovo zmedenost in močno oddaljen pogled, kar sem v svoji zmoti in še vedno premajhnem poznavanju demence pripisala preveliki količini zdravil. V resnici pa je bil tedaj v demenci 2. stopnje, za katero je značilen tudi oddaljujoč se in pogosto neusmerjen pogled. Včasih je njegova demenca že prehajala v 3. stopnjo obolenja. To se je videlo v njegovem nemiru, saj je imel vedno veliko opravkov, vedno mu je zmanjkovalo časa. Pri teh opravkih pa mu je pogosto zmanjkalo smiselnega zaporedja. 'Pozabljal' je, da mora najprej odpreti omaro, da lahko potem vanjo obesi oblačilo. Oblačilo je namreč poskušal obesiti skozi zaprta vrata omare, težavo pa je imel tudi s 'ciljanjem obešalnika z oblačilom na obešalno palico'.

Po mojih opažanjih in kolikor sem imela stika z ljudmi z demenco 4. stopnje so ti najpogosteje skoraj povsem nepremično ležali, zdelo se mi je, da okolice več ne zaznavajo. Čeprav včasih v kakšnih očeh, dokler so odprte, še vedno lahko zaznamo nekaj takega kot iskrico, ki jo sama imenujem 'življenjski poblisk'. Govorili niso več ali pa komaj kaj, in še to nerazumljivo. Večinoma gre za izražanje neke jeze na svet, jeze na neizpolnjene naloge, če se lahko oprem na Eriksona in njegovo teorijo o obdobjih človeškega življenja in nalogah vsakega obdobja posebej. Tudi o tem in o ravnanju z demencijami na posameznih stopnjah sem se poučila iz knjige *Zid molka*, ki mi jo je priporočila delovna terapevtka, in iz samega opazovanja in sodelovanja z njo in ostalim strokovnim osebjem v domu za starejše ljudi.

Naj prikažem to na primeru. Delovna terapevtka je namreč imela navado ob rojstnih dnevih hoditi okoli po domu in skupaj s preostalim osebjem voščiti vse najboljše. V nekem primeru sem šla sama, in ker je ležala oseba z demenco 4. stopnje nepremično v svoji postelji in se ni opazno odzivala, sem preprosto stopila k njej, ji povedala, da danes praznuje rojstni dan, da ima toliko in toliko let, k temu pa sem pridružila še nežno dotikanje roke. Skratka, vse sem naredila skoraj enako, kakor pri povsem zdravi osebi, vsaj kar se tiče verbalne komunikacije. Res je, da mi ne vemo, kaj se dogaja z ljudmi v zadnji fazi demence, na prvi pogled se nam morda res zdijo kot »rastline«, pa vendar se v njih nekaj še dogaja, nekaj čutijo, le pokazati nam tega ne morejo na nam zadovoljujoč način.

## 4. ZAKLJUČEK

Ko sem kot javna delavka šele prišla v dom za starejše, sem bila čustveno in moralno precej na ileh. Na začetku mojega tretjega desetletja življenja se mi je resnično vsak dan bolj dozdevalo, da nisem v življenju še ničesar dosegla in da so vsi moji podvigi neuspešni in ves trud zaman. Bila pa sem odločena, da si dam novo priložnost, po načelu če Bog zapre vsa vrata, pusti nekeje eno okno odprto. Tako sem od začetka pretežno le poslušala in sledila dogajanju, doma pa si sproti zapisovala dogodke, opažanja, spoznanja in misli, občutke. Iz vsega tega materiala je nastalo tudi to, kar danes dajem na svetlo.

Gospa Anici sem hvaležna, da me je spustila v svoj svet. Ob njej sem spoznala, vsaj deloma, kako je svojcem dementnih, ko opazujejo svojo ljubljeno osebo, kako počasi pojema, se izgublja. In ne le ob gospi Anici. Tudi ob drugih dementnih, ki sem jih srečala in so se me vedno čustveno dotaknili, sem vedno bolj dojemala, kako 'zahrbtna' bolezen je demenca. Pri demenci se zdi, kot da bi nekaj znotraj človeka razkrajalo njegovo osebnost, spreminjalo njegov značaj v za svojce in bližnje nerazpoznavnega človeka. To pa je vedno boleče. Bili so primeri, ko sem lahko na lastne oči videla in spremljala, kako se demenca pri neki osebi pospešeno poslabšuje. Kako ga neizprosno srka vase. To pa je za osebo z demenco tudi utrujajoče, jemlje mu ne samo psihične, temveč tudi telesne moči.

Pri gospi Anici še nisem opazila takega napredovanja demence, bila je v začetnih fazah, le izgubljala se je. Kakor da bi postopoma pozabljala, da je resnična. Da je tu in zdaj. Nekoč me je pohvalila, da ji je všeč, ko vidi, da sem bistra in da hitro dojemam. Ta pohvala je bila zame, ki sem si vračala vero vase in v življenje, nekaj najlepšega in najboljšega, kar sem kdaj izkusila. Ta pohvala iz njenih ust, iz ust ženske, ki se zaenkrat še zaveda, da jo bolezen spreminja in da ne bo nikoli več taka, kot je bila pred njo, je zame vredna zlata. To je resnično modra ženska, in koliko takih sem tam spoznala. Enostavno je bil delavnik prekratek, da bi se z vsakim posebej še več pogovarjala in spoznavala. Moj ideal komunikacije je gotovo primer, kako se z neko staro gospo 'pogovarja' Naomi Feil. To je lepo prikazano v obliki filma na domači strani ameriške spletne strani validacijske metode ravnanja s starimi ljudmi (<https://vvalidation.org/web.php?request=index>).

Zares sem prepričana, da sem ob gospi Anici in drugih končno tudi sama zrasla v žensko, ki je ne more zlomiti vsaka sapica kot trhlo bilko! »... saj mi nismo trhle bilke, ki po toči ovence, ... saj mi nismo le številke, smo ljudje! ...« Kot se v znani slovenski pesmi izrazi pesnik Karel Destovnik Kajuh, je treba biti do drugega človeka kot do sebi enakega, nikoli se ne obnašati do človeka kot samo še do ene številke na seznamu. Tega me je v rani mladosti naučil že moj oče, mi pokazala moja mama, ki je tudi sama delala v enem od domov za stare ljudi in ta modrost je bila poglobljena pri mojem uspešnem spoznavanju s starimi ljudmi.

Naj sklenem zapisano z opisom demence v srednjem stadiju, kakor jo literarno oriše avstrijski pisatelj Arno Geiger, ki je to bolezen doživljal ob svojem dementnem očetu, in s pesmijo Gerde Reinhardt, ki jo na koncu knjige *Zid molka*, navaja Astrid van Hülsen.

»Demenco v srednjem stadiju, v katerem je trenutno moj oče, si predstavljam približno takole: kot da bi te kdo vrgel iz spanja, ti pa ne bi vedel, kdo si, in vse stvari bi krožile okoli tebe, dežele, leta, ljudje. Poskušáš se orientirati, pa ne gre. Stvari se še naprej vrtijo, mrtveci,

živi, spomini, sanjske halucinacije, raztrganine stavkov, ki so se že otresle vsakega pomena – in takšno stanje se vse tvoje žive dni ne bo več spremenilo.« (Geiger, Arno. 2012)

## PROŠNJA STAREGA ČLOVEKA

Ko bom nekoč star,  
ko ne bom več mogel vedeti,  
kaj je dobro ali slabo zame ...

Ko boste morali misliti in delati namesto mene,  
ko se bom vedel kot otrok,  
ko bo moj strah pred sedanjim trenutkom  
izzval agresijo ...

Takrat ne pozabite,  
kaj sem v svojem življenju doživel,  
imejte razumevanje do mene,  
čtudi kdaj mojega vedenja  
ne boste razumeli.

Kljub temu sem človek, ki želi,  
da z njim delate dostojanstveno.

*Gerda Reinhardt*  
(Astrid van Hülsen, 2010.)

### LITERATURA :

Geiger, Arno (2012). Stari kralj v izgnanstvu. Mladinska knjiga: Ljubljana.

Lipar, Tina (2012). Zid molka. V: Kakovostna starost. Letnik 15, št. 4, str. 45 – 48.

Van Hülsen, Astrid. (2010). Zid molka. Oblike dela z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Iris Imperl & Co.: Logatec.

### **Kontaktne informacije:**

**Karmen Murovec**

karmenmurovec4@gmail.com

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

*Atiya Mahmood, Toshiko Yamamoto, Megan Lee, Carmen Steggell, 2008. Perceptions and Use of Gerontechnology: Implications for Aging in Place. V: Journal of Housing for the Elderly, letnik 22, št 1.*

### TEHNOLOGIJA ZA STAREJŠE – GERONTEHNOLOGIJA

Svetovne projekcije prebivalstva kažejo, da se bo v prihodnjih letih zaradi staranja *baby boom* generacije število starejših ljudi naglo povečevalo. Večina starejših ljudi pa si želi starati se v domačem kraju (ang. *age in place*). Številni dokazi govorijo o tem, da starejši ljudje, ki lahko v domačem okolju ostanejo čim dlje v starost, bolj kakovostno živijo, so s svojci in prijatelji bolj povezani in imajo manj zdravstvenih težav.

Čeprav večina starejših ljudi tudi v pozni starosti živi v svojih domovih, pa le-ti niso prilagojeni na njihove spreminjajoče se potrebe. Za te ljudi skrbijo v večini primerov neformalni oskrbovalci, ki se soočajo s stresnim usklajevanjem nalog oskrbovanja in ostalih obveznosti.

Ob tem pa obstajajo številni dokazi, da lahko različne tehnološke izboljšave pomagajo starejšim (med njimi še posebej tistim, ki živijo sami) ostati v domačem okolju dalj časa, poleg tega pa se zmanjša tudi obremenitev neformalnih oskrbovalcev. Ta vrsta tehnologije je v znanstvenih besedilih pogosto imenovana *gerontechnologija*.

Gerontechnologija se je začela razvijati kot posledica želje starejših ljudi, da bi lahko čim dlje ostali v domačem okolju, in kot posledica naraščajočih potreb starejšega prebivalstva po pomoči pri aktivnostih vsakdanjega življenja.

Zagovorniki gerontechnologije menijo, da lahko ta vrsta tehnologije, kot npr. naprave za spremljanje aktivnosti in napredne komunikacijske tehnologije, zmanjša obremenjenost neformalnih oskrbovalcev in zahteve po zdravstvenih storitvah. Drugi raziskovalci pa opozarjajo na nevarnost, da lahko ta vrsta tehnologije celo zmanjša kakovost življenja starejših. Lahko namreč ogrozi zasebnost tako starejšega človeka kot njegovega oskrbovalca, poveča občutke osamljenosti starejših in zmanjša pogostost osebnih stikov z drugim človekom. Neformalne oskrbovalce bi lahko veliko število informacij, ki jih omogoča ta tehnologija, dodatno obremenjevalo.

Raziskave kažejo, da so dejavniki, povezani z uporabo nove tehnologije med starejšimi, večdimenzionalni. Pogostost uporabe tehnoloških naprav je tako odvisna od osebnih značilnosti, kot so zaznane potrebe po tej tehnologiji, funkcionalni status, osebne ocene lastne telesne zmožnosti in ocene tehnologije. Poleg tega je odvisna tudi od socialno-prostorskega in kulturnega okolja in značilnosti posamezne tehnološke naprave (estetske značilnosti, trpežnost materialov, težavnostna stopnja za uporabo, primernost za uporabo pri starejših ljudeh). Pomembno je omeniti, da niti starost niti spol ne vplivata na pogostost uporabe gerontechnologije. Zadnja ugotovitev zanika stereotipno prepričanje, da se starejši ljudje neradi učijo uporabe nove tehnologije.

Naslednji dejavnik, ki si zasluži pozornost, je vpliv motivacije na uporabo tehnologije. Raziskave kažejo, da naj bi obstajali 2 stopnji motivacije uporabnikov, in sicer občutenje potrebe in prepoznane prednosti tehnologije pri posamezniku. Npr. pri starejšem človeku, ki

je odločen, da bo živel samostojno, ne glede na bolezenske ali starostne omejitve, je zagotovo prisotna dovolj velika motivacija za iskanje načinov, ki bi mu omogočali živeti doma. Poslabšanje zdravstvenega stanja je tako močan stimulans za uporabo tehnologije z namenom ohranjanja ali pospeševanja neodvisnega življenja. Pogosto pa starejši tehnologije ne uporabljajo tudi zaradi visokih cen takšnih pripomočkov.

Poznavanje oz. seznanjenost z novo tehnologijo je naslednji dejavnik, ki vpliva na to, ali jo bo starejši človek želel uporabljati. Oskrbovanci novo tehnologijo lažje sprejmejo, če jih spominja na tehnologijo, ki jo že dolga leta uporabljajo (npr. kabelske žice, standardni telefonski aparati, računalniki).

V eni izmed raziskav so znanstveniki ugotavljali stališča starejših ljudi, ki so uporabljali storitve telemedicine, o tej vrsti tehnologije. Starejši so kot prednosti ocenili hitrejšo obdelavo informacij, manj porabljenega časa in denarja za obiske zdravnika, saj so se z njim posvetovali preko video storitev, tisti starejši, ki pa so živeli sami, so se tudi čutili bolj varne. Po drugi strani pa so bili nekateri starejši zaskrbljeni, da bo tehnologija povsem izrinila človeške stike. Zaskrbljenost nad izgubo dostopa do človeških storitev in interakcij zahteva dodatne raziskave, saj številne študije kažejo, da starejši ljudje za kakovostno uporabo tehnologije pogosto potrebujejo pomoč drugega človeka.

Ena izmed študij primerov je raziskovala gospodinjstvo starejšega para, moža – oskrbovalca in njegove žene, ki je oskrbo prejemala. Raziskovali so možnosti informacijske in komunikacijske tehnologije v domačem okolju. Raziskovalci so ugotovili, da uporaba tehnologije spodbuja oskrbovančevo samozavest in občutek varnosti, ker omogoča boljši dostop do zdravstvenih informacij in vzpostavitev novih socialnih stikov. V to študijo primera je bil vključen tudi tehnični pomočnik, ki je zgoraj omenjenima starejšima človekom pomagal pri

učenu uporabe nove tehnologije. Raziskovalci menijo, da sta bila osebna pomoč in svetovanje tehničnega pomočnika ključna za to, da sta starejša človeka sploh začela tehnologijo uporabljati. Starejši ljudje namreč pri uporabi računalnika in novih tehnologij pogosto potrebujejo pomoč drugega človeka, ki pa je lahko njihov prijatelj, družinski član ali strokovnjak. Različni raziskovalci tako ugotavljajo, da bodo starejši ljudje porabljali energijo in denar za novo tehnologijo toliko časa, dokler se jim bo zdela koristna.

*Tina Lipar*

*Golob, Alenka (2009). Psihosocialni vidiki staranja in starosti ljudi z Downovim sindromom. Ljubljana: Zveza sožitje – zveza društev za pomoč osebam z motnjami v duševnem razvoju Slovenije, 28 strani.*

## **PSIHOSOCIALNI VIDIKI STARANJA IN STAROSTI LJUDI Z DOWNOVIM SINDROMOM**

Knjiga avtorice Alenke Golob obravnava posamezna vprašanja iz življenja ljudi z Downovim sindromom z vidika aktualnih razmer v Sloveniji in demografskih sprememb. Skozi prikaz primanjkljajev in zmot ter konkretnih predlogov poziva k oblikovanju razmer, v katerih bo kakovostno staranje mogoče tudi za ljudi s tovrstnimi motnjami v duševnem razvoju. Ob tem je potrebno dodati, da problem kakovosti življenja starih oseb z motnjami v duševnem razvoju in njihovih svojcev postaja vedno večji izziv in tako zahteva našo pozornost.

V uvodnem delu avtorica predstavi demografske spremembe, katerim smo priča v zadnjih desetletjih. Naraščanje deleža starejšega prebivalstva med celotnim prebivalstvom je v največji meri posledica zniževanja rodnosti, podaljševanja življenja in nizkega selitvenega prirasta. Te spremembe od oblikovalcev politike zahtevajo večjo usmerjenost v zagotavljanje celostne skrbi za stare ljudi. Upravičena je

skrb, da bodo stroški zagotavljanja pomoči in dolgotrajne nege vse višji in da bodo s tem postali prevelik zalogaj za zdravstveno blagajno. Tudi za ljudi z Downovim sindromom se pričakovana življenjska doba podaljšuje. Na začetku prejšnjega stoletja je mnogo otrok s tovrstno motnjo v duševnem razvoju umrlo že v otroštvu, pričakovana življenjska doba pa je znašala v povprečju deset let. Zaradi napredka v medicini in vse boljše socialne vključenosti, drugačnih življenjskih pogojev in obravnave oseb z motnjami v duševnem razvoju se pričakovana življenjska doba, ravno tako kakor pri večinski populaciji, zvišuje. Danes ljudje s to kromosomsko motnjo živijo 50 let in več. S podaljševanjem pričakovane življenjske dobe in zmanjševanjem pogostosti pojava Downovega sindroma pri otrocih, kar je posledica napredka v medicini in zgodnjega odkrivanja motnje pred rojstvom, živi v zahodnem svetu več najstnikov in starejših s to kromosomsko motnjo kot pa otrok. Pretekle raziskave tudi kažejo, da se pri osebah z Downovim sindromom procesi staranja pojavijo prej in se odvijajo hitreje kot pri drugih ljudeh. Znanstveniki celo ugotavljajo, da je dodatni 21. kromosom morebiti eden izmed sprožilcev Alzheimerjeve bolezni. Kljub povečanim potrebam po ustrezni oskrbi in pomoči ter dejstvu, da se je življenjska doba podaljšala za približno štirideset let, pa za osebe z Downovim sindromom še vedno ni poskrbljeno v skladu s temi spremembami.

Avtorica opozarja, da je področje staranja ljudi z motnjami v duševnem razvoju še vedno precej neraziskano, celo tabuizirano, in kot takšno zahteva večjo pozornost strokovnjakov z namenom načrtovanja ustrezne podpore in pomoči. Pomoč tej skupini ne sme in ne more biti prepuščena zgolj družinam, pa čeprav slednje predvidevajo slovenski in tuji trendi. Tudi starši se starajo in tako sami potrebujejo z leti vedno več pomoči in sami ne zmorejo skrbeti za starajočega se otroka z motnjo v duševnem

razvoju. Odgovornosti zanje ne gre preložiti niti na lokalno skupnost. Enako kot za vse ostale je tudi za ljudi z Downovim sindromom potrebno zagotoviti pogoje za kakovostno staranje. Prav tako je potrebno zagotoviti enake možnosti, kot jih imajo drugi državljani. Slednje pomeni, da je potrebno vzpodbujati enakovredno družbeno vlogo, kar zaradi razširjenosti predsodkov in videnja ljudi z Downovim sindromom kot *večnih otrok* pomeni velik izziv. A kot avtorica opozarja – »*zavedati se je treba, da so pri prepoznavanju potreb, povezanih s staranjem in starostjo, ljudje z Downovim sindromom dvakrat diskriminirani – enkrat kot tisti, ki imajo motnje v duševnem razvoju, in drugič kot stari*« (Golob, 2009, str. 12). V zvezi s slednjim dodaja, da so premiki na področju zagotavljanja ustrezne pomoči zelo počasni in k reševanju številnih težav, povezanih s staranjem te skupine, ne pristopamo tako resno kot pri ostalih starostnikih. Še več, spremembe v vedenju, osebnosti in sposobnostih v starosti, denimo demenca, ki se pri tej skupini pojavlja prej in pogosteje, so večkrat spregledane ali jih obravnavamo kot del motnje v duševnem razvoju. Kot takim se jim ne posveča pozornost, kar ima za posledico, da posameznik ne dobi ustrezne pomoči in podpore.

### **Ukrepi pri načrtovanju oskrbe in pomoči osebam z Downovim sindromom, ki zbolijo za demenco**

V nadaljevanju knjige avtorica večjo pozornost nameni oblikovanju ustrezne podpore in pomoči ljudem z Downovim sindromom, ki zbolijo za demenco. Na tem mestu predstavi dvanajst načel in vrednot validacije kot oblike dela z osebami, ki imajo demenco. Zaradi pomembnosti za vse tiste, ki delajo ali živijo z ljudmi z Downovim sindromom in pogostosti pojava demence pri slednjih, načela in vrednote predstavljamo kot dobesedni prepis (Golob, 2009, str. 22-23).

1. Vsak človek je edinstven in mora biti obravnavan kot individuuum.
2. Vsak človek je dragocen, ne glede na to, v kolikšni meri je dezorientiran.
3. Za vedenje dezorientiranih starih ljudi obstaja razlog.
4. Vedenje v starosti ni le posledica anatomskih sprememb v možganih, temveč rezultat kombinacije telesnih, socialnih in psihičnih sprememb, ki so se zgodile v življenju.
5. Starih ljudi ne moremo prisiliti, da bi spremenili svoje vedenje. Vedenje se lahko spremeni samo, če prizadeta oseba to hoče.
6. Stare ljudi moramo sprejemati, ne da bi jih ocenjevali.
7. K vsakemu življenjskemu obdobju sodijo določene naloge. Če jih človek v določenem obdobju ne opravi, to lahko povzroči psihične probleme.
8. Ko začne kratkoročni spomin popuščati, poskušajo starejši ljudje postaviti ravnovesje s tem, da posegajo po preteklih dogodkih v svojem življenju.
9. Ko se slabša vid, slišijo stari ljudje zvoke iz preteklosti.
10. Izraženi in prikazani boleči občutki, ki jih validira (razume, čuti skupaj z dementnim) referenčna oseba, oslabijo.
11. Spregledani in potlačeni boleči občutki postajajo vedno močnejši.
12. Empatija/čuteče razumevanje prispeva k zaupanju, zmanjšuje anksioznost in znova vzpostavi dostojanstvo.

V nadaljevanju knjige avtorica naniza še dvanajst mitov o staranju in starih ljudeh na splošno, ki jih navaja Svetovna zdravstvena organizacija. Kot sama opozarja, mitov ne gre posplošiti na skupino starostnikov z motnjo v duševnem razvoju, saj slednji skozi življenje nimajo vsega, kar je omogočeno in dostopno ostalim. Razloge za to avtorica išče v družbi, ki je pogosto diskriminatorna. Naj na tem mestu opozorimo, da med ključne primere kršenja pravic sodi omejevanje možnosti vseživljenjskega učenja in izobraževanja oseb z Downovim

sindromom. To med drugim pomeni, da nimajo možnosti učiti se o vsebinah, ki so povezane s starostjo in staranjem.

### Zaključek

Avtorica spodbuja k ustvarjanju razmer, v katerih bo ljudem z Downovimi sindromom omogočen zdrav način življenja, vseživljenjsko učenje, odprava neenakosti in priprava na kakovostno staranje. Številne prepreke, povezane s staranjem oseb z motnjami v duševnem razvoju, je mogoče preseči s spremembo načina življenja, široko družbeno akcijo, zagotavljanjem kvalitetne skrbi za posameznike, njihove svojce in skrbnike ter z ustreznimi prilagoditvami v socialnem, delovnem in fizičnem okolju.

Beata Akerman

Brown Roy, Taylor Janet, Matthews Brian (2001). Quality of life – Ageing and Down syndrome. Down Syndrome Research and Practice; 6 (3), str. 111-116. <http://www.down-syndrome.org/case-studies/101/case-studies-101.pdf> (12. 12. 2013)

## KAKOVOST ŽIVLJENJA – STARANJE IN DOWNOV SINDROM

### Predstavitev raziskave in njenih temeljnih izhodišč

Članek prikazuje temeljne ugotovitve pilotske kvalitativne raziskave, ki je proučevala kakovost življenja ljudi z Downovim sindromom, starih med 45 in 70 let. Raziskovalci so s pomočjo delno strukturiranih poglobljenih intervjujev raziskovali življenjske zgodbe oseb s kromosomsko motnjo, izkušnje, povezane s staranjem, in njihov odnos do starosti, staranja in smrti. Prav tako so jih zanimale izkušnje na področju prizadevanj za kakovostno staranje, kaj je bilo v tej smeri že storjenega in kaj manjka. Namen raziskave je bil tudi raziskati in osvetliti pomembne teme v življenju starajočih se oseb z Downovim sindromom, ki so bila dotlej morebiti spregledana.

Na tem mestu je potrebno opozoriti, da gre za raziskavo starejšega datuma (iz leta 2001). Naš namen je bil prikazati primerjavo med starejšimi ugotovitvami in trenutnim stanjem, da bi ugotovili, do kakšnih premikov je skozi čas prišlo. Žal nam to ni uspelo, saj podobne raziskave, ki bi se nanašala na področje starosti in kakovostnega staranja oseb z Downovim sindromom, nismo našli. Slednje ne pomeni, da tovrstnih raziskav zagotovo ni, smo pa skozi pregled problematike ugotovili, da so pogostejše raziskave, ki se nanašajo na otroke in mladostnike, tudi na njihove starše in skrbnike.

### **Ugotovitve in razprava**

V nadaljevanju prikazujemo temeljne ugotovitve raziskave.

Raziskovalci so pri več osebah ugotovili, da nimajo jasnega razumevanja koncepta starosti in staranja, prav tako niso razumeli umiranja in smrti, so pa kljub temu nekateri izpostavili kot pomembno temo smrt bližnjega, še zlasti matere. Večinoma so se, čeprav so bili stari skoraj 50 let ali več, dojemali kot mlade, prav tako niso zaznali znakov staranja ali da bi se skozi čas kakor koli spreminjali, stari pa bodo šele tedaj, ko bodo morali iti v zavod. Ob tem naj opozorimo, da je večina sodelujočih v času raziskave že živela v institucionalnem varstvu. Upokojitev so razumeli kot znak velike utrujenosti. Več anketirancev je povedalo, da pričakujejo, da bodo dolgo živeli. Med pomembnimi temami, ki so jih anketiranci izpostavili, je dojemanje slednjih kot »velikih otrok«. Povedali so, da je zanje pomembno, da jih okolica vidi kot odrasle ljudi in v skladu s tem z njimi tudi ravna.

Večina anketirancev je povedala, da so na splošno srečni in zadovoljni z razmerami, v katerih živijo. Ob tem pa raziskovalci sami izrazijo dvom v to ugotovitev, saj pravijo, da v raziskavah, ki ugotavljajo zadovoljstvo ljudi s kvaliteto življenja, okrog 70 % vprašanih trdi, da so na splošno srečni in zadovoljni, a slednje

ne gre enačiti z zadovoljstvom glede kvalitete življenja. Raziskovalci tako o tej ugotovitvi govorijo z zadržkom. Redki anketiranci so izrazili željo po selitvi. Iz odgovorov nekaterih pa je bilo razvidno, da se ne zavedajo, da živijo v zavodu, so pa mnogi povedali, da je zanje zelo pomembna sama lokacija ustanove, denimo, da je slednja v bližini plaže, določene trgovine, trgovskega centra ipd. Več anketirancev je povedalo, da je zanje zelo pomembno, da imajo lastno sobo, ki jim nudi udobje, ter da je upoštevana njihova želja po zasebnosti. Slednja je pogosto spregledana.

Med pogoste prostočasne dejavnosti sodijo, denimo, risanje in barvanje, gledanje televizije, sprchajanje, košnja trave, hranjenje živali in obisk nakupovalnih središč. Ob tem pa ni bilo zabeleženo, ali se za te dejavnosti odločajo osebe same ali pa odločitev namesto njih sprejmejo zaposleni v institucijah, v katerih živijo. Medtem ko je večina anketirancev zase povedala, da je vključena v različne aktivnosti, so nekateri povedali, da zanje to ne velja in da pričakujejo, da jih nekdo povabi k sodelovanju ali jih dodatno motivira, da bi se vključili v določeno aktivnost. Kot pomembne so se izkazale glasba, skupinsko delo in vključenost v skupnost, še zlasti pa so anketirancem v veselje priznanja, ki so jih dobili za sodelovanje v različnih aktivnostih. Med pomembne aktivnosti sodi tudi čiščenje lastnih prostorov, pri čemer je večina želela biti kar najbolj aktivna. Pomoč drugih so si želeli le toliko, kolikor so jo res potrebovali.

Posamezniki večinoma vedo, na koga se obrniti, ko potrebujejo pomoč. Temu nasprotno pa sami vedo zelo malo o zagotavljanju pomoči drugim. Anketiranci so pogosto povedali, da nimajo družine. Izražali so strah, da bi kaj izgubili, prav tako je mnoge strah lastne okolice, zaradi česar se nekateri bojijo hoditi ven, ko se zmračí.

Raziskava je med drugim tudi pokazala, da večini oseb z Downovim sindromom naglo peša spomin. Večina se tako ni spominjala



dogodkov iz preteklosti, še zlasti ne, da bi imeli prej kakršne koli skrbi, so se pa kljub temu nekateri spominjali dogodkov iz mladosti, ki so se nanašali bodisi na družinsko življenje in/ali na aktivnosti, ki so jih počeli z materjo. Pogosta pa je bila zaskrbljenost glede sedanjosti.

### Smernice in predlogi

Avtorji opozarjajo, da so potrebne dodatne raziskave z namenom zagotoviti vsem tistim ljudem, ki živijo in/ali delajo z ljudmi z Downovim sindromom, potrebne informacije in jih opremiti z znanjem, da bodo s svojim delom prispevali k dvigu kakovosti življenja in k aktivnemu staranju te skupine ljudi. Potrebno bi bilo vzpostaviti podpirne sisteme in storitve, ki bodo starejšim ljudem s tovrstno kromosomsko motnjo zagotavljale kakovostno preživljanje časa in primerno kakovost življenja. S tem namenom je potrebno poskrbeti za kakovostno zdravstveno oskrbo, povečati dostopnost do informacij, zagotoviti možnost vseživljenjskega učenja, hkrati pa je potrebno podpreti programe, ki bi se odzvali na trenutne razmere in potrebe.

Beatu Akerman

*The New Agenda on Ageing. To Make Ireland the Best Country to Grow Old In (2012). Dublin: Ageing Well Network, 294 strani.*

## NOV PROGRAM O STARANJU

### Nekaj besed o knjigi

Irska in Slovenija sta si v marsičem podobni. Obe sodita med manjše evropske države, za nas pa je pomembno, da obe sodita v svetovni vrh gibanja starosti prijaznih mest in skupnosti. Knjiga *Nov program o staranju. Kako doseči, da bo Irska najbolj starosti prijazna dežela* (ang. *The New Agenda on Ageing. To Make Ireland the Best Country to Grow Old In*) (2012) ima sedem poglavij, ki so različno razporejena, iz celote pa smo izbrali tista poglavja, ki so za nas še zlasti pomembna in zanimiva, ter jih razdelili

v ločena krajša poglavja glede na obravnavano tematiko.

V zadnjih petdesetih letih smo na Irskem in drugod po Evropi pričra naraščanju deleža starejšega prebivalstva med celotnim prebivalstvom, kar je v največji meri posledica zniževanja rodnosti, podaljševanja življenja in nizkega selitvenega prirasta. Število starejših oseb je že preseglo število otrok, mlajših od 15 let. Do leta 2050 se pričakuje, da bo starostnikov skoraj dvakrat več kot otrok. Te spremembe vplivajo na vsa področja gospodarskega in družbeno-socialnega življenja.

Organizacija *Ageing Well Network* je bila ustanovljena leta 2007. Eden izmed njenih prioritetnih ciljev ob ustanovitvi je bil raziskati trenutno stanje na Irskem in ugotoviti posredovati politikom in oblikovalcem dokumentov ter s tem podati svoj prispevek k predlagani Nacionalni strategiji o pozitivnem staranju (ang. *National Positive Ageing Strategy*). Skozi raziskovanje so bili identificirani temeljni vidiki življenja starejših ljudi, kasneje pa je bil razvit model, katerega vodilo je oblikovati staranju prijazno državo. Omenjen model ima šest ciljev:

1. uživanje v mesečnem dohodku, brez strahu pred revščino;
2. bivanje v okolju, kjer se posameznik počuti domače;
3. biti cenjen član v skupnosti in aktivno sodelovati pri dejavnostih;
4. imeti dostop do dobre zdravstvene oskrbe in nege, ki se odziva na posameznikove potrebe;
5. živeti v starosti prijazni skupnosti;
6. koristiti ugodnosti iz strategij in programov, ki upoštevajo potrebe starostnikov in izhajajo iz raziskovalnih ugotovitev.

Na temelju ugotovitev raziskovalcev je nastala obsežna knjiga, ki jo prikazujemo. Ta predstavlja trenutne razmere po svetu, podrobneje pa na Irskem, z vidika demografskih sprememb in njihovega vpliva na vsa področja gospodarskega in družbeno-socialnega življenja ter vpliv

in posledice staranja prebivalstva na zdravstvo. Dotika se tudi nekaterih drugih pomembnih tem, denimo nasilja nad starostniki, dolgotrajne oskrbe in institucionalnega varstva, stereotipiziranja staranja (ang. *ageism*).

### Zdravje in zdravstvena oskrba starostnikov

Poglavje o zdravju obsega dolgoročno načrtovanje zdravstvene oskrbe, ki bo odgovorila na potrebe starajoče se družbe, nadalje načrtovanje preventivnih programov in paliativne nege umirajočih, predstavljene so posledice starajočega se prebivalstva na zdravstvene sisteme, prikazane pa so tudi nekatere bolezni, ki so pogostejše pri starostnikih.

Zdravje je pglavitna prvina kakovosti življenja. Zaradi podaljševanja življenjske dobe se stopnjuje razvoj nekaterih s starostjo povezanih bolezni, povečujejo se možnosti nastanka rakastih obolenj, srčnega infarkta in možganske kapi, pogostejše so angine, sladkorna bolezen, astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen ter mišično-skeletne bolezni. Irski nacionalni inštitut za staranje je ocenil, da bo do leta 2030 kar 89 % vseh bolezni pri starostnikih kroničnih. Povečuje se poraba zdravil, ki je največja pri prebivalcih nad osemdesetim letom starosti. Raziskava Tilda je pokazala, da v starostni skupini nad 75 let vsak drugi hkrati jemlje tudi pet zdravil ali več. Spremembe starostne strukture tako hkrati pomenijo naraščanje stroškov za nakup zdravil. Po podatkih narašča tudi število oseb s težavami v duševnem zdravju. Slednje še zlasti velja za starostno skupino nad 50 let. Raziskave so prav tako potrdile, da dolgoročna uporaba nevroleptikov in protiepileptičnih zdravil povečujejo nevarnost za razvoj gibalne oviranosti in demineralizacijo kosti.

Spremembe v strukturi prebivalstva nedvomno vplivajo tudi na sistem zdravstvenega varstva. Daljša življenjska doba in posledično slabše zdravstveno stanje prebivalstva zahtevata vse več finančnih sredstev za zdravstveno in

socialno oskrbo prebivalstva. Z naraščanjem števila starejših prebivalcev se bodo povečevale potrebe po zdravstveni oskrbi, negi, tuji pomoči in institucionalnem varstvu kot obliki nadomeščanja ali dopolnjevanja funkcije doma ali lastne družine. Raziskovalci ugotavljajo, da so starostniki najpogosteje hospitalizirana skupina, in sicer predstavljajo kar 78 % vseh hospitalizacij, hkrati pa je njihovo bivanje v bolnišnici najdaljše. Velik odstotek starejših ljudi je pripravljen za odpust iz bolnišnice, a morajo zaradi odsotnosti primerne oskrbe ostati dalj časa v bolnišnici. To neugodno vpliva na starostnika in njegovo počutje, hkrati pa se z vsakim dnem bivanja v bolnišnici povečajo stroški zdravstvenih storitev. Nuja po preprečevanju tovrstnih odloženih odpustov ter pritiski po zmanjševanju bolniških postelj in skrajševanju ležalnih dob so postali predmet razprav v številnih državah.

Na dodatno nesmiselno porabo denarja je opozorila raziskava iz leta 2008 (ang. *Towards an Integrated Health Service or More of the Same?*), ki je pokazala, da je skoraj 40 % hospitalizacij bodisi nepotrebnih ali pa nepravilnih, zaradi česar je upravičeno pričakovati povečanje potreb po dodatnih posteljah in s tem povišanje stroškov za zagotavljanje zdravstvenih storitev. Nepotrebna hospitalizacija hkrati neugodno vpliva na psihično stanje bolnika, poveča pa se tudi možnost za bolnišnične okužbe. Podobnim nevarnostim so izpostavljeni bolniki, ki so sicer pripravljeni za odpust, a morajo zaradi odsotnosti primerne oskrbe ostati dlje v bolnišnici. Kljub zavedanju, da so spremembe nujne, za zdaj niso načrtovani ukrepi, ki bi po eni strani preprečili nepotrebne hospitalizacije, po drugi pa upoštevali potrebe starostnikov.

Po odpustu iz bolnišnice pogosto pride do poslabšanja stanja, pojavijo pa se tudi druge težave, denimo odvisnost od drugih, prejemanje pomoči, ki ni v skladu s posameznikovimi potrebami, nerazumevanje zdravnikovih navodil. Te težave pogosto vodijo do novih zapletov in poslabšanja

stanja, kar posledično nemalokrat vodi do ponovne hospitalizacije. Navkljub tem ugotovitvam sami prostori bolnišnic in opremljenost slednjih niso prilagojeni potrebam starostnikov. Razvoj starosti prijaznih bolnišnic pomeni zagotavljanje večje dostopnosti do prostorov in njihove uporabe (denimo širša vrata, klančine med prostori namesto stopnic, za lažje gibanje bi bilo potrebno namesti oprijemala, kopalnice opremiti z enostavno uporabnimi pipami, deskami in sedeži za kopalno kad, tuš stoli, toaletnimi stoli, »rdečimi gumbi«, uporaba večjih črk), predvsem pa bo potreben premik v razmišljanju o starosti in večje razumevanje potreb starostnikov.

Podatki iz leta 2006 kažejo, da ima okoli 9,3 % ljudi vsaj eno od oblik oviranosti. Kasnejše raziskave so ugotovile, da je odstotek tistih, ki imajo vsaj eno obliko oviranosti v resnici precej višji, saj mnogi sebe ne zaznavajo kot ovirane, nekateri se tega tudi sramujejo in zato težave prikrivajo. Raziskave prav tako kažejo, da pogostost tovrstnih težav narašča s starostjo (26 % pri starostni skupini 65 do 84 let in 59 % pri starostnikih, starejših od 85 let). Pri starejših ženskah je bilo zabeleženih več primerov oviranosti kot pri enako starih moških. Približno ena tretjina oseb z izkušnjo oviranosti je poročala, da imajo določene težave pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti, 19 % pa je imelo pri tem resne težave. Okrog 56 % oseb redno prejema pomoč pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti, ki jih same ne zmorejo opraviti. Raziskave kažejo, da pomoč najpogosteje nudijo bližnji svojci, ki živijo z ovirano osebo v skupnem gospodinjstvu. Zaradi staranja prebivalstva raziskovalci ocenjujejo, da bo vse več oseb oviranih, kar zdravstvo postavlja pred nove naloge.

### **Pereča vprašanja in pregled nujnih sprememb na področju zdravstva**

Podaljševanje življenjske dobe in s tem vse večje število ljudi s kroničnimi boleznimi pomembno vplivata na kakovost življenja

posameznika in tudi na porabo sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Tako zdravstveni sistem, kot je trenutno zasnovan, ne bo zmožal več dolgo učinkovito odgovarjati na potrebe starajoče se družbe. Večina evropskih držav se v javnem zdravstvu srečuje s pritiski za dodatna sredstva zaradi povečanja cen zdravil in novih bioloških zdravil, uvajanja novih tehnologij za diagnostiko in zdravljenje. Povečuje se tudi potreba po visoko usposobljenih zdravnikih specialistih, ki se ukvarjajo s specifičnimi boleznimi, ki so pogostejše pri starejših ljudeh. Glede na demografske spremembe bodo vse večje potrebe po geriatričnih storitvah. Raziskave kažejo, da geriatrična medicina, ki se ukvarja s preučevanjem, preprečevanjem, lajšanjem akutnih in kroničnih bolezni starostnikov, lahko zmanjša nevarnost za poškodbe in zniža smrtnost za 25 %.

Strokovnjaki nadalje predlagajo razvoj boljših preventivnih programov. Ameriška raziskava je denimo pokazala, da bi s preventivo sedmih najbolj pogostih kroničnih bolezni do leta 2023 preprečili kar 40 milijonov novih primerov obolenj, kar bi imelo nenazadnje pozitiven učinek tudi na gospodarstvo. Temu nasprotno pa je zdravstvo še vedno v prvi vrsti usmerjeno na zdravljenje bolezni, ko te že nastopijo, medtem ko preventivi posveča premalo pozornosti. Za kakovostno staranje je izjemno pomembno, da starostnika opremimo z znanji, s katerimi lahko uspešno blaži tegobe staranja. Preventivni ukrepi so bili doslej namenjeni predvsem mlajšim starostnim skupinam. Mnogi preventivni programi so bili tudi zelo splošni in niso upoštevali značilnosti starajoče se družbe. Najpogosteje so bili omejeni na preprečevanje in zgodnje odkrivanje nekaterih kroničnih bolezni, kar pa ne zadostuje. Potrebni so programi, ki bodo ljudi poučili tudi o bolj splošnih zdravstvenih stanjih, denimo preprečevanje padcev, ohranjanje funkcionalnih sposobnosti pri starostnikih, pomen telovadbe in zdrave prehrabene navade.

Čakalne dobe za operativne posege so predolge, kar lahko povzroči dodatno poslabšanje zdravstvenega stanja in s tem dodatne stroške zdravljenja. Tri četrtine sprejemov v bolnišnico predstavljajo sprejemi starostnikov in navkljub temu, da se povprečno trajanje hospitalizacije povečuje s starostjo bolnikov, primanjkuje starosti prijaznih bolnišnic in bolnišničnih oddelkov, ki bi odgovarjali na specifične potrebe starostnikov. Raziskovalci prav tako ugotavljajo, da zdravstvenemu osebju pogosto primanjkuje specifičnih znanj in spretnosti za delo s starimi ljudmi. Naslednja težava je pomanjkljivo sodelovanje med različnimi institucijami in odsotnost celostnega pristopa k zdravljenju.

Velikega pomena pri zagotavljanju večje samostojnosti tistih starostnikov, ki živijo doma, je tudi rehabilitacijska dejavnosti. V mnogih državah so se razvili in razširili programi storitev nege in pomoči starostnikom na domu, ki pripomorejo k zagotavljanju njihove samostojnosti in neodvisnosti, ohranjanju zdravja in psihofizičnih sposobnosti, zmanjševanju potreb po zdravniški oskrbi in dvigovanju kvalitete življenja. S starostjo prihaja do sprememb v gibalnih sposobnostih, zmanjšuje se prožnost in tonus mišičja celotnega telesa, še zlasti pa nog, kosti postajajo krhke in lomljive, slabša se koordinacija gibov, zmanjšujejo se kognitivne sposobnosti, prihaja do motenj vida in sluha. Vse to povzroča, da je hoja starostnikov manj varna, pogosti so padci in z njimi povezane poškodbe. Moderna tehnologija je lahko koristna doma, v bolnišnicah in v institucionalnem varstvu, saj deluje preventivno, omogoča spremljanje vitalnih parametrov zdravja, ščiti pred padci in posledičnimi poškodbami, lahko se uporablja kot pripomoček za lajšanje težav, uporabnikom lahko olajša opravljanje številnih vsakodnevnih dejavnosti (denimo odpiranje vrat s pomočjo video nadzora, opominjanje prek telefona, da se zagotovi redno jemanje zdravil) in jih ščiti pred nevarnostmi v gospodinjstvu.

Ob tem pa avtorji za Irsko opozarjajo, da se pri načrtovanju proračuna še vedno premalo denarja načrtuje za nakup in vzdrževanje tovrstnih pripomočkov, in sicer manj kot 1 % denarja iz zdravstvene blagajne.

### **Oskrba starostnikov ob koncu življenja**

Umiranje in smrt sta naravna dela življenjskega toka. Avtorji knjige poudarjajo, da je v zadnjem obdobju življenja podpora sestavljena iz mnogih razsežnosti, in sicer vključuje celostno oskrbo in podporo tako umirajočemu kot bližnjim, osredotočenost in zagotavljanje čim bolj polnega in kvalitetnega življenja do njegovega izteka, spoštovanje potreb in želja umirajočega, njegovega dostojanstva in vrednot. Pretekle raziskave, katerih namen je bil ugotoviti, kaj prispeva h kakovosti življenja bolnikov z neozdravljivo kronično boleznijo v zadnjem stadiju življenja, so pokazale, da je pomembno, da so ob njih ljubljene osebe, nadalje da ne umirajo v bolečinah in da so zmožni komuniciranja z drugimi. Raziskovalci, ki so proučevali dejavnike, ki so pomembno prispevali k pripravi bolnika na smrt, so prav tako ugotovili, da gre v prvi vrsti za lajšanje in odpravljanje bolečin, možnost lastnega odločanja, možnost pripraviti se na smrt, posloviti se od bližnjih, rešiti morebitne spore in doseči spravo. Za svojce umirajočih je zelo pomembno, da jih zdravniško osebje sproti obvešča o stanju umirajočega in da k procesu umiranja pristopa sočutno in s spoštovanjem.

Čeprav raziskave kažejo, da si večina ljudi želi umreti doma, jih na Irskem od okrog 30.000 ljudi, ki umrejo v enem letu, umre večina v zdravstvenih in socialno-varstvenih zavodih: približno 48 % oseb umre v bolnišnici, 4 % v hospicu, doma približno 25 %, 20 % v domovih za starostnike, zaradi prometnih in drugih nesreč ter samomorov pa letno umre 3 % starostnikov. Med tistimi, ki umrejo v bolnišnici, je približno 40 % takšnih, ki so v bolnišnico sprejeti v zadnjih urah pred smrtjo. Raziskave so tudi

pokazale, da večina bolnišnic nima primernih prostorov, ki bi umirajočim in njihovim svojcem nudili varnost in zasebnost v zadnjih urah. Temu nasprotno velika večina tistih, ki umrejo v bolnišnicah, umre v več-posteljnih sobah. Angleški raziskovalci so odkrili, da čeprav si velika večina starostnikov želi umreti doma, se mnogi med njimi zavedajo določenih omejitev in morebitnih težav. Med njimi so najpogostejše naštevati zaskrbljenost, da bodo na svoje prenesli breme oskrbovanja in dodatne skrbi, nekateri niso imeli svojcev, ki bi zanje skrbeli, drugi niso hoteli, da bi jih bližnji videli trpeti. Določeno zaskrbljenost so izrazili tudi glede nujenja intimne nege, saj so bili številni zelo negotovi ob misli, da bi jih njihovi otroci umivali po intimnih delih telesa. Mešanih občutkov so bili tudi glede same kakovosti oskrbe.

Irška ima zelo močno razvito paliativno oskrbo; po oceni poročila Evropskega parlamenta iz leta 2007 se je Irška uvrstila na drugo mesto, takoj za Anglijo. Paliativna oskrba bolnikov z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo je celostni pristop, ki zajema nego in obvladovanje telesnih simptomov bolezni ter lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih težav. Njen namen je izboljšati kvaliteto življenja umirajočega in njegovih svojcev. Leta 2007 so tam pričeli s posebnim projektom, katerega namen je bil oblikovati bolnišnice s paliativno oskrbo po vzoru hospicev (ang. Hospice Friendly Hospitals Programme). Danes imajo na Irskem kar 40 takšnih bolnišnic. Raziskave namreč kažejo, da so po kvaliteti oskrbe hospici na vrhu med ustanovami, ki nudijo paliativno nego. Raziskovalci hkrati poročajo, da opora in oskrba, ki jo nudijo zaposleni v hospicu, prispeva k zmanjševanju samomorilnosti med umirajočimi in svojci, ki po smrti bližnjega ne zmorejo sami nositi teže žalovanja in zbolijo za depresijo, iz katere ne najdejo več poti.

V sklepnih fazi življenja postajajo odločitve o zdravljenju vse zahtevnejše. Pomembno je, da

ima umirajoči možnost izraziti svoje želje glede trenutka, ko ohranjanje življenja ni več smiselno. Takrat se aktivna terapija opusti. Težave nastopijo, ko bolnik ni pri zavesti in ko njegove želje niso znane, saj se morajo zdravniki tedaj zanašati na presojo bližnjih sorodnikov. Raziskave kažejo, da se želje umirajočih in bližnjih svojcev močno razlikujejo. Rezultati dvanajstih raziskav, katerih namen je bil ugotoviti, katere so ključne razlike med željami umirajočih in njihovih svojcev, so pokazale, da se njihove želje najpogostejše razlikujejo v zagotavljanju posegov in oskrbe. Medtem ko so bili svojci mnenja, da je določena pomoč ustrezna, si umirajoči tovrstne pomoči ni želeli. Svojci tudi večkrat odklonijo določen poseg, čeprav si ga umirajoči želi. Iz teh razlogov je zelo pomembno, da se ob sprejemu umirajočega v bolnišnico oblikuje načrt paliativne oskrbe, v katerem so zapisane bolnikove želje. Vendar pa tudi tukaj raziskovalci opozarjajo na velike odklone. Ameriška raziskava je pokazala, da je načrt paliativne oskrbe še vedno prej izjema kot pravilo in da zdravstveno osebje še vedno premalo pozornosti posveča pogovoru in vnaprejšnjemu načrtovanju nege za čas, ko bo prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja in je pričakovano, da bo bolnik umrl.

### Socialna blaginja

Tretje poglavje v knjigi govori o zaposlitvenih možnostih starostnikov, odnosu delodajalcev do starejših delavcev, starosti prijaznih delovnih mestih, upokojevanju, predstavljen je tudi socialno-ekonomski položaj starejših ljudi.

Ustrezen in stalen dohodek v starosti igra ključno vlogo pri zagotavljanju primerne in dostojnega življenjskega standarda, občutka finančne varnosti in stabilnosti, hkrati pa prispeva k ohranjanju dobrega zdravja in aktivnega sodelovanja v širši družbi. A vendar avtorji opozarjajo, da demografske spremembe poglobljajo vrzel v pokojninski blagajni. Staranje

prebivalstva in podaljševanje življenjske dobe pomeni enega največjih ekonomskih in socialnih izzivov prihodnosti. Po oceni raziskovalcev bodo demografska gibanja v naslednjih desetletjih prispevala k zmanjševanju števila aktivnega in rasti števila vzdrževanega prebivalstva (otrok do 14 let in starejših od 65 let). Pričakovano je, da se bo razmerje med številom zaposlenih in vzdrževanih približalo razmerju 1:1, kar bo znižalo življenjski standard prebivalstva. Razloge za te spremembe vidijo v daljši življenjski dobi, zgodnjem upokojevanju in daljšem prejemanju pokojnine ter kasnejši vključitvi mladih v sistem pokojninskega zavarovanja. Če se bodo uresničile napovedi poznavalcev, pokojninski sistem, ki temelji na principu medgeneracijske izmenjave, ne bo zmožal zagotoviti dolgoročne vzdržnosti javnih financ. Ker vplačil v pokojninsko blagajno ni dovolj, je le-ta vse bolj odvisna od državnega proračuna. Po drugi strani pa veliko število brezposelnih pomeni tudi dodatno še manj plačnikov v pokojninsko blagajno. Pokojnine se iz leta v leto znižujejo in če ne bo prišlo do korenitih sprememb v pokojninskem sistemu, je podoben trend mogoče pričakovati tudi v prihodnosti.

### **Starejši delavci in njihove možnosti na trgu dela**

Na Irskem pričakujejo, da se bo v naslednjih letih delovna doba starejših postopoma podaljševala, in sicer do leta 2014 do 66. leta starosti, do leta 2028 pa do 68. leta. Raziskovalci opozarjajo, da je to nespametno početje, ki bo le stežka pripomoglo k zmanjševanju vrzeli v pokojninski blagajni, razen če bodo starejši delavci še naprej enako produktivni. Pričakovati je mogoče porast števila brezposelnih starejših delavcev pred izpolnitvijo pogojev za starostno pokojnino.

Podaljševanje delovne dobe in porast števila starejših delavcev je pred raziskovalce postavilo nova vprašanja, in sicer, kako so delovna mesta

prilagojena potrebam starajoče se družbe in v kolikšni meri so delovna mesta starosti prijazna. Študija, opravljena leta 2001 na Irskem, je npr. pokazala, da približno 12 % podjetij zagotavlja svojim starejšim delavcem posebno podporo pri opravljanju delovnih nalog. Med drugim je zagotovljen fleksibilen in prilagodljiv delovnik, starejši delavci pa so tudi izvzeti iz izmenskega dela. Ta podjetja niso beležila primerov predčasnega upokojevanja. Istega leta je bila opravljena študija, katere namen je bil identificirati ovire na delovnem mestu, ki starejšim delavcem preprečujejo polno participacijo na trgu dela. Med ključne ovire je mogoče prišteti pomanjkanje ustreznih delovnih mest, neprilagojenost delovnega mesta in narave dela zmožnostim starejšega delavca in starostno diskriminacijo. V Nemčiji opravljena raziskava pa je leta 2010 pokazala, da je za oblikovanje starosti prijaznih delovnih mest ključno sodelovanje med mlajšimi in starejšimi delavci, dodatno izobraževanje, ustrezna razporeditev delovnih nalog, prilagodljiv delovni urnik, po potrebi tudi fizične spremembe v delovnem okolju z namenom odpravljanja morebitnih ovir. Vsi ti ukrepi hkrati pozitivno prispevajo k boljšemu počutju na delovnem mestu, povečanju produktivnosti tako mlajših kot tudi starejših delavcev in ohranjanju delovnih mest za starejše delavce, ki bi v nasprotnem primeru le s težavo sledili hitremu tempu in zahtevnosti delovnih nalog. Iz več držav prihajajo tudi vzpodbudne vesti, da so uvedli inovativne projekte, katerih namen je povečati participacijo starejših delavcev znotraj delovne organizacije in poudariti vrednost njihovega znanja. Denimo, v Italiji, kjer je delež starejših delavcev zelo visok, so v nekaterih podjetjih pričeli s projektom mentorstva. Starejši delavci so s svojim znanjem in delovnimi izkušnjami postali mentorji mlajšim delavcem v istem podjetju.

V primeru izgube zaposlitve starejši delavci težje najdejo novo. Raziskava iz leta 2010 je

pokazala, da le 1 % brezposelnih delavcev, starejših od 55 let, najde novo zaposlitev v obdobju enega leta po izgubi zaposlitve. Izguba zaposlitve negativno vpliva tudi na duševno zdravje. Raziskave na splošno kažejo, da si starejši delavci želijo iti čim kasneje v pokoj. Prav tako si želijo, da bi postopek upokojevanja potekal postopoma z zmanjševanjem delovnih obveznosti, temu nasprotno pa večina poroča, da je do upokojitve prišlo nenadoma, brez predhodne priprave in možnosti soodločanja. Upokojitev za mnoge pomeni prekinitev vsakdanjih stikov z drugimi, življenje v samskih gospodinjstvih in slabše zdravje pa še dodatno izolirata starejše, kar lahko vodi v duševne težave in depresijo. Po podatkih Eurobarometra so vprašani kot najpomembnejše razloge za upokojevanje oseb, starih 55 ali več let, navajali odsotnost možnosti za postopno upokojevanje, ne vključevanje starejših delavcev v programe usposabljanja, negativen odnos delodajalcev, nezadostne spretnosti starejših delavcev ter pokojninske in davčne sisteme, v katerih se delo v starosti ne izplača. Mnogi starostniki tudi po upokojitvi opravljajo različna plačana dela, saj so pokojnine pogosto prenizke. Leta 2012 opravljena raziskava Eurobarometra kaže, da je kar 6 od 10 oseb mnenja, da bi morali imeti upokojenci možnost nadaljevati z delom, če si to želijo. Le tretjina sodelujočih je odgovorila, da upokojenci ne bi smeli aktivno sodelovati na trgu dela ali na kakršen koli drug način opravljati plačanega dela. Podobno kažejo tudi druge raziskave. Vendar pa odnos do upokojevanja ni tako enosmeren. Nekatere raziskave so tudi pokazale, da mnogi starejši delavci vidijo upokojitev kot pozitivno izkušnjo in si želijo ta čas preživeti čim bolj kvalitetno in aktivno.

Veljavna zakonodaja na Irskem strogo prepoveduje diskriminacijo pri zaposlovanju, odpuščanju, napredovanju in izobraževanju na podlagi starosti, kljub temu pa podatki še vedno kažejo, da v zasebnem sektorju ta pravna prepoved pogosto ni dovolj upoštevana. Raziskovalci

celo ocenjujejo, da so starejši delavci najpogosteje diskriminirana skupina na trgu dela in da je starostna diskriminacija pogostejša oblika diskriminacije kot rasna, ki je dolga leta veljala za najpogostejšo.

### **Socialno-ekonomski položaj starejših ljudi**

Delodajalci vedno bolj odklanjajo standardno zaposlitev v obliki delovnega razmerja za nedoločen čas, zato mnogi starejši delavci najdejo rešitev v samozaposlitvi. Kot glavni razlog za porast samozaposlenih raziskovalci navajajo veliko brezposelnost. V Angliji so, denimo, ugotovili, da je brezposeln vsak tretji starejši delavec. Odstotek samozaposlenih starejših delavcev narašča, a ne tako naglo, kot to velja za mlajše delavce. Po drugi strani pa so podjetja, ki jih ustanovijo starejši delavci, bolj produktivna in imajo boljše možnosti preživetja, kar gre najverjetneje pripisati življenjskim izkušnjam, znanju, pa tudi spleteni mreži poznanstev. Tako je mogoče govoriti o zanimivem fenomenu – medtem ko želja in motivacija po samozaposlitvi s starostjo delavca upadata, sposobnost za vodenje lastnega podjetja s starostjo in delovnimi izkušnjami narašča.

Študije, ki so raziskovale socialno-ekonomski položaj prebivalcev različnih držav, so odkrile, da so starejše generacije zaradi dolgoletnega varčevanja finančno bolj preskrbljene kot mlajše, hkrati pa so manj zadolžene. Angleški raziskovalci so ugotovili, da osebe, v starostni skupini 50 do 64 let, v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami porabijo največ denarja za nakup avtomobilov, potovanja, rekreacijo in kulturo. Kljub temu pa se mnoga podjetja bodisi ne zavedajo ali pa se zgolj niso potrudila, da bi se odzvala na potrebe starejših generacij in se prilagodila spremembam na trgu povpraševanja. Mnoga podjetja s svojimi proizvodi in oglaševanjem še vedno nagovarjajo zgolj mlajše generacije. Podjetja imajo tudi zelo popačeno predstavo o starejših ljudeh kot

neveščih uporabe sodobne tehnologije. Ob tem pa podatki kažejo velik porast uporabe in priljubljenosti strani socialnih omrežij med osebami, starejšimi od 64 let. Povsem drugačno stanje pa prikazujejo podatki o stopnji tveganja in materialne prikrajšanosti. Po teh podatkih so starejši mnogo bolj podvrženi tveganju revščine in materialne prikrajšanosti, kar še zlasti velja za starejše ženske.

Starejši igrajo pomembno vlogo v družbi, tudi če niso formalno aktivni, saj prispevajo z varovanjem vnukov, mlajše svojce pogosto finančno podpirajo ali jim pomagajo na kak drug način, mnogi starostniki delujejo kot prostovoljci, hkrati igrajo pomembno vlogo pri negovanju bolnih in invalidnih članov družine. Njihov dragoceni prispevek k višji stopnji kakovosti življenja v družbi pa je najpogosteje spregledan.

### **Starosti prijazna mesta in skupnosti**

Četrto poglavje govori o oblikovanju starosti prijaznih mest in je najkrajše poglavje v knjigi.

Avtorji opozarjajo na dva ključna pojava, ki sta velik izziv za prihodnost, in sicer dolgoživost in rast mest. To je še zlasti pomembno za mesta, ki so središča kulturnih, socialnih in političnih dejavnosti z vplivom na življenje v vsej državi. S projektom Starosti prijazna mesta skuša Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) pomagati mestom in občinam različnih držav, da se pripravijo na omenjena globalna demografska trenda. Starosti prijazna mesta avtorji opredeljujejo kot vključujoče in dostopno urbano okolje, ki spodbuja aktivno staranje in večjo samostojnost. V okviru projekta Starosti prijazna mesta (ang. *Age-friendly Cities*) je zajetih osem področij, ki lahko vplivajo na zdravo in kakovostno življenje starejših ljudi: javne površine in stavbe, prevoz, stanovanjski objekti, družabno življenje, spoštovanje in vključevanje v družbo, družbeno angažiranje in zaposlitev, komuniciranje in informiranje, skupnostni

programi in zdravstvene službe. Avtorji pa ob tem dodajajo, da je potrebno v projekt zajeti in povezati nevladne organizacije in profesionalne institucije, ki se ukvarjajo s starejšimi in delujejo na področju medgeneracijskega sožitja.

### **Mesta in podeželje pred novimi izzivi**

Proces staranja vodi k upadu bioloških funkcij in sposobnosti organizma. Zaradi teh sprememb postajajo mnogi starostniki vse bolj omejeni znotraj štirih sten svojih stanovanj, odvisni od sorodnikov in njihove pomoči. K omejevanju mobilnosti močno prispevajo tudi arhitektonske ovire. Raziskave potrjujejo, da ustrezne prilagoditve okolja in odprava ovir z namenom omogočiti starostnikom, da čim dlje živijo v svojem domačem okolju, ugodno vplivajo na izboljšanje kvalitete življenja, ohranjanje medsebojnih odnosov, oblikovanje in krepitev socialne mreže starostnika ter spodbujajo telesno aktivnost. Slednja je v starosti zelo pomemben dejavnik za ohranjanje samostojnega življenja, izboljšanje gibalnih in funkcionalnih sposobnosti, prispeva k boljšemu počutju, tako telesnemu kot psihičnemu, hkrati pa nudi veliko možnosti za druženje z drugimi ljudmi.

V velikih mestih se nakupovalna središča selijo na obrobja mest, zaradi česar so marsikomu težje dostopna. Avtorji predlagajo, da se nakupovalna središča, kot tudi manjše trgovine, ponovno preselijo v centre mest in s tem približajo kupcem. Dodatno težavo povzroča oddaljenost železniških in avtobusnih postaj, slabe povezave med kraji in z avtobusi, nenadne spremembe voznih redov in shem, prevelika oddaljenost posameznih postaj ter težave pri vstopu in izstopu iz avtobusa oz. vlaka. Dodaten problem povzroča ukinjanje manjših trgovin, pošt in drugih uradov zaradi racionalizacije stroškov. Ob tem je treba opozoriti na starejše voznike in njihovo ogroženost v cestnem prometu, čeprav starejše raziskave (iz leta 1997 in 2001) kažejo, da so vozniki, starejši od 65 let,



manj pogosto udeleženi v prometnih nesrečah (7,7 % kot vozniki avtomobila in 6,7 % kot sopotniki) kot mlajši vozniki, stari od 25 do 34 let (25 % kot vozniki avtomobila in 14,7 % kot sopotniki). Kljub tej razliki so smrtni primeri in hude poškodbe po prometni nesreči pogostejše pri starejših udeležencih prometa. Raziskave tudi kažejo, da so starostniki v večji nevarnosti, če se na pot odpravijo peš ali s kolesom, pri vožnji z avtomobilom pa so še posebej v nevarnosti starostniki z demenco.

Na tem mestu je potrebno opozoriti še na vrsto drugih ovir, ki starostnikom pogosto preprečujejo odhajanje od doma. Med najpogostejše ovire prištevajo oddaljenost, neurejene pločnike in s tem večjo izpostavljenost nevarnosti, odsotnost počivališč, kjer bi bilo mogoče za nekaj trenutkov posedeti in si nabrati novih moči, ter strah pred naključnimi povzročitelji nasilja in drugih kaznivih dejanj. Nezavarovani prehodi, slabo označeni in nepregledni prehodi za pešce, poškodovani pločniki in stopnice, dodatno dvignjeni robniki, slaba osvetlitev ob poti, razpokane ceste, grbine, luknje, odsotnost držal, drseče, preozke in strme klančine itd. hkrati predstavljajo veliko nevarnost za padce. Na slednje je opozorila tudi Svetovna zdravstvena organizacija, saj gre za težavo, s katero se srečuje večina držav. V Angliji so, denimo, leta 2008 ugotovili, da je več kot 24 % pločnikov povsem neustreznih. Na njih letno pade okrog 2,5 milijona starostnikov.

Pozornost je potrebno nameniti tudi podeželju, kjer delež starejših oseb narašča kljub postopnemu zmanjševanju deleža podeželskega prebivalstva, kar je posledica staranja prebivalstva, preseljevanja mlajše generacije s podeželja v večja mesta, kjer so boljše možnosti zaposlitve, ter preseljevanja upokojencev iz mest na njihovo obrobje in podeželje. Raziskave kažejo, da so starostniki na teh področjih izpostavljeni večjemu tveganju za socialno izključenost, ki še dodatno poslabša kakovost življenja. Dodatna

ovira na podeželju, zlasti za bolne in ostarele, je oddaljenost od trgovin, lekarn, zdravstvenih služb, pogoste so slabe avtobusne povezave itd. Na Irskem so npr. ugotovili, da več kot 40 % starostnikov na podeželju nima dostopa do javnega prevoza, mnogi celo živijo na tako odročnih področjih, kamor avtobusi sploh ne vozijo ali pa zgolj poredko. Z namenom odpraviti tovrstne težave se je na Irskem uveljavilo več inovativnih projektov, med katerimi je še posebej zgleden projekt uvajanja avtobusov, imenovanih Flexibus. Značilnost teh izjemno prilagodljivih avtobusov je, da nimajo vnaprej določenega voznega reda in postajališč, pač pa je vse stvar dogovora med voznikom in starostnikom glede na potrebe in želje slednjega. Možnost prevoza je nenazadnje tesno povezana z neodvisnostjo, samostojnostjo, vpliva na počutje, preprečevanje osamljenosti in zvišuje kakovost življenja. Raziskave kažejo, da je od dostopnosti prevoza (lastnega ali javnega) močno odvisna udeležba na družbenih dejavnostih in aktivno preživljanje prostega časa.

### **Pomen občutka varnosti v domačem okolju in vpliv slednjega na kakovost življenja starostnikov**

Ob koncu poglavja o oblikovanju starosti prijaznih mest in sosesk avtorji namenijo nekaj besed tudi zagotavljanju večje varnosti doma in v soseski, saj je od občutka varnosti v veliki meri odvisno aktivno udejstvovanje starostnika v njegovem okolju in aktivno preživljanje prostega časa.

Sodeč po ugotovitvah raziskav se relativno visok odstotek starejših od 65 let v večernih urah ne počuti varne doma in/ali v domači soseski (52 %), 63 % vprašanih pa se strinja, da so kazniva dejanja resen problem današnje družbe. Belgijska študija, ki je proučevala dejavnike, ki prispevajo k oblikovanju in krepitvi strahu pred kaznivimi dejanji med osebami med 60. in 103. letom, je pokazala, da je strah v veliki meri

odvisen od spola, fizične šibkosti in ranljivosti in mesečnih prihodkov. Ženske se tako počutijo manj varne, večji strah pred kaznivimi dejanji je tudi med tistimi, ki menijo, da bi se težko ubranili napadalcu in tistimi z nižjimi prihodki, ki že tako težko preživijo skozi mesec. Pomembno vlogo pri razvoju strahu ima tudi soseska, v kateri posameznik živi, njegova vpetost v skupnost in sosedski odnosi in povezanost med sosedi. Osebe, ki živijo v starosti prijaznih soseskah, se počutijo bolj varne. Strah lahko stopnjujejo tudi mediji. Tisti, ki pogosteje spremljajo televizijska poročila, poročajo, da se bolj bojijo, da bi bili žrtve kaznivega dejanja. Po drugi strani branje dnevnega časopisa do določene mere zmanjšuje ta strah. Dodatni razlogi, ki stopnjujejo strah, so hrup v soseski, vandalizem in kolesarjenje po pločnikih. Navkljub močno prisotnemu strahu pa se mnogi starostniki bojijo prijaviti kaznivo dejanje policiji, saj se bojijo maščevanja, druge

pa je strah, da bi s tem nekemu povzročili težave. Pomanjkanje medgeneracijskega sožitja lahko prispeva h krepitvi nezaupanja tako pri starejši kot tudi pri mlajši generaciji.

### **Zaključek**

S podaljševanjem življenjske dobe postaja kakovost življenja pomembna tematika tako za posameznikovo dobro počutje kot za dobrobit družbe. Opisane spremembe v strukturi prebivalstva vplivajo na razvoj politik in na zagotavljanje celostnih storitev in podpore za starejše. Ker ljudje živijo dalj časa, je nujno potrebno poskrbeti za boljšo kakovost življenja in seveda tudi staranja, ki je sestavni del življenjskega cikla. Aktivno staranje je proces, ki spodbuja in krepi možnosti za zdravje, vključenost v družbo in varnost, s ciljem in z namenom izboljšati kvaliteto življenja v starosti.

*Beata Akerman*

## DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrala: Tina Lipar

### FIN: VPLIV PADCA NA SAMOZAVEST GLEDE RAVNOTEŽJA

Padci in poškodbe, povezane z njimi, zmanjšajo samozavest posameznika glede lastnega ravnotežja in povečajo njegov strah pred padcem. Ljudje, starejši od 60 let, ki so utrpeli zlom kolka in imajo nižjo samozavest glede lastnega ravnotežja, imajo težave tudi pri hoji po zunanjih površinah in pri hoji po stopnicah. V primerjavi s tistimi, ki imajo višjo samozavest glede lastnega ravnotežja, se tudi slabše odrežejo pri preizkusih hoje in ravnotežja.

Zgoraj opisane ugotovitve izhajajo iz raziskave, ki jo je izvedel *Gerontology Research Center* v sodelovanju s *Central Finland Health Care District*. V raziskavo je bilo vključenih 130 starejših ljudi, ki so zaradi padca utrpeli zlom kolka in še vedno živijo samostojno. Samozavest glede ravnotežja so ocenjevali s pomočjo ABC vprašalnika (*Activity-specific Balance Confidence questionnaire*). Udeležence raziskave so tudi prosili, da ocenijo lastno samozavest glede ravnotežja pri opravljanju 16 različnih dnevnih aktivnosti.

Raziskovalci pravijo, da je ocena samozavesti glede ravnotežja sorazmerno enostavna. Predlagajo, da bi metodo kot presejalni test uporabili v programih zdravstvenega varstva. Prepoznavanje ljudi, ki imajo nizko samozavest glede ravnotežja, bi namreč omogočilo načrtovanje bolj intenzivnih rehabilitacijskih strategij, ki bi pripomogle k hitrejši povrnitvi gibalne funkcije.

Vir: *Science Daily*, 2013. *Mobility limitation due to a lack of confidence in balance*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/10/131010091421.htm> (sprejem 7. 3. 2014).

### JPN: TELESNA AKTIVNOST V POVEZAVI S SARKOPENIJO

Presečna študija, ki so jo izvedli raziskovalci iz Univerze v Tokiju, je pokazala, da je redna

telesna vadba v srednjih letih varovalni dejavnik pred sarkopenijo in zelo koristna pri vzdrževanju mišične mase in telesne kondicije. Sarkopenija je bolezen, povezana s procesom staranja, ki se kaže kot izguba skeletne mišične mase, mišične moči in funkcionalne sposobnosti starejšega človeka. Le-to pa negativno vpliva na fizično zmožnost človeka in kvaliteto življenja, vodi pa tudi do prezgodnje smrti.

Raziskovalci so v študiji ocenjevali prevalenco sarkopenije in njeno povezavo s fizično zmogljivostjo pri 1000 starejših Japoncih (349 moških in 651 žensk, starejših od 65 let), ki so sodelovali v raziskavi *Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability (ROAD)*. Proučevali so moč stiska roke, hitrost hoje in skeletno mišično maso, zbrali pa so tudi druge informacije, med njimi navade glede telesne vadbe v srednjih letih.

Prevalenca sarkopenije med moškimi je bila 13,8 %, med ženskami pa 12,4 %. Pri obeh spolih pa se je s starostjo povečevala. Analiza je pokazala, da je redna telesna vadba v srednjih letih povezana z nižjo prevalenco sarkopenije pri starejših in občutno pripomore k večji moči stiska roke, hitrejši hoji in daljšemu času stanja na eni nogi.

Vir: *Science Daily*, 2013. *Regular exercise in middle age protects against muscle weakness later in life*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/12/131214144848.htm> (sprejem 7. 3. 2013).

### SLO: PROSTOFER

*Prostofer* je skovanka iz besed 'prostovoljni' in 'šofer'. Gre torej za prostovoljno nudenje storitev prevoza starejšim ljudem, ki potrebujejo prevoz, pa ne morejo ali nočejo obremenjevati sorodnikov ali uporabljati plačljivih prevozov. Na spletni strani akcije *Prostofer* piše, da prevoz nudijo starejši, ki so še vedno aktivni vozniki in se jim

zdi škoda, da je njihov jekleni konjiček parkiran v garaži in gre le redkokdaj na cesto.

Prostofer povezuje starejše preko komunikacijskega centra. Uporabnik, ki potrebuje prevoz, pokliče na brezplačno telefonsko številko 080 10 10, v komunikacijskem centru pa uporabniku posredujejo kontaktne podatke ustreznih voznikov iz seznama registriranih prostovoljnih »šoferjev« oziroma prostoferjev. Uporabnik in prostofer se nato sama dogovorita za prevoz.

Kako postati prostofer? Prostofer lahko postanete tako, da vas vpišejo v register prostoferjev mreže MATIJA. Svoje podatke (ime, priimek, kraj bivanja, telefon in letnico rojstva) sporočite na telefonsko številko mreže MATIJA. Ob tem pa morate upoštevati naslednja opozorila: vaš osebni avtomobil mora biti registriran; sklenjeno morate imeti obvezno avtomobilsko zavarovanje, avtomobil pa mora biti tehnično brezhiben.

Akcija Prostofer poteka pod okriljem mreže aktivnosti, trženja, informiranja in asistenc (MATIJA), ki preko klicnega centra ter mreže organizacij in posameznikov omogoča dostop do informacij, storitev in pomoči predvsem za starejše. Mreža povezuje in podpira prostovoljske in druge nevladne organizacije ter ponudnike storitev in blaga za starejše.

Vir: <http://www.prostofer.si/postani-prostofer> (sprejem 10. 3. 2014).

## SVET: VPLIV BELJAKOVIN NA ŽIVLJENJSKO DOBO

Dve novejši študiji nakazujeta, da naj bi bil nižji vnos proteinov v srednjem življenjskem obdobju ključ do daljšega življenja. Pri tem opozarjata, da je pri načrtovanju zdrave prehrane potrebno biti pozoren ne samo na kalorični vnos, ampak tudi na živila, ki jih v jedilnik vključujemo – kot npr., ali so beljakovine živalskega ali rastlinskega izvora.

Naslednja ključna ugotovitev govori o tem, da z beljakovinami bogata prehrana na kratek rok

lahko pripomore k izgubi telesne teže, na dolgi rok pa lahko negativno vpliva na zdravstveno stanje in zniža življenjsko dobo.

Obe študiji sta bili objavljene v znanstveni reviji z naslovom Celični metabolizem (Cell Metabolism). Prvo študijo je vodil Valter Longo, profesor na Univerzi v Južni Karolini, ki pri svojem delu preučuje dolgoživost in celično biologijo. S kolegi je ugotovil, da je visok vnos beljakovin povezan s povečanim tveganjem za obolevnost za rakom in sladkorno boleznijo ter višjo smrtnostjo v srednjem življenjskem obdobju. Ta povezava pa ni bila značilna za starejšo populacijo, ki jim lahko zmeren vnos beljakovin celo koristi. Poleg tega pa se prej opisan negativen vpliv precej zmanjša, če živalske beljakovine zamenjamo z rastlinskimi.

Drugo študijo je vodil Stephen Simpson, profesor na Univerzi v Sidneyu v Avstraliji, ki se ukvarja s proučevanjem fiziologije, ekologije in vedenja. Iz raziskav na miših je skupaj s kolegi ugotovil, da je prehrana, revna s proteini in bogata z ogljikovimi hidrati, povezana z daljšo življenjsko dobo.

Obe študiji nakazujeta, da ne samo kalorijski vnos hrane, ampak tudi hranilna vrednost – predvsem količina in vrsta beljakovin – lahko pripomoreta k daljši življenjski dobi in boljšemu zdravju.

Vir: Catharine Paddock, 2014. *Too much protein in middle age 'as bad as smoking'*. V: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/273533.php> (sprejem 7.3. 2014).

## ZDA: NOČNE AKTIVNOSTI ZA LJUDI Z DEMENCO

Dom za ostarele *Hebrew Home* v Bronxu v New Yorku vsako noč organizira strukturirane delavnice pešja, ročnih del in terapij, ki trajajo vso noč in so namenjeni bolnikom z demenco, ki živijo v domačem okolju. Le-ti pogosto ponoči ne morejo spati, se neredko zbujajo razburjeni, so prestrašeni ali zmedeni.

Program doma za ostarele Bronx nudi tako oskrbo kot različne aktivnosti, ki zapolnijo nočne ure. S tem je družinskim oskrbovalcem dementnih ljudi omogočeno, da se preko noči naspijo. Številni domovi za ostarele sicer nudijo možnost začasne oskrbe in nege dementnega človeka, ki družinskim oskrbovalcem omogočijo, da se lahko spočijejo ali gredo na počitnice, *Hebrew Home* pa s tem programom dodaja še nekaj več.

Daniel Reingold, predsednik omenjenega doma, pravi, da so s programom začeli že leta 1998, ker so raziskave pokazale, da družinski oskrbovalci svoje dementne bližnje najpogosteje namestijo v domove za ostarele zaradi pomanjkanja spanja. Bolniki z Alzhemirejevo boleznijo pogosto vstajajo preko noči, ropotajo z lonci in ostalo posodo pa tudi hodijo ven iz hiše.

Dr. Robert Abrams, gerontopsihiater v eni izmed bolnišnic v New Yorku, pravi, da so težave s spanjem tipične za demenco, saj tema pri teh bolnikih nemalokrat zbuja zmedenost in strah. Abrams meni, da so programi, podobni temu, ki ga izvajajo v domu za ostarele *Hebrew Home*, boljša rešitev kot nenehen boj z dementnim človekom, da bi ponoči spal.

Ko se noč konča, lahko bolniki z demenco nadaljujejo z aktivnostmi v tem domu za ostarele. Večina jih izbere program kuhanja, kjer pomagajo pri lupljenju in rezanju banan ali pa pomagajo pripravljati sadne solate.

V domu pa imajo tudi posebne sobe, namenjene počitku, kjer lahko ljudje z demenco spijo, če to želijo. Toda najpogosteje za krajši čas zadremajo kar na stolah.

V: <http://vitals.nbcnews.com/news/2012/10/01/14171471-overnight-program-for-dementia-patients-gives-caregivers-a-rest> (sprejem 11. 3. 2014).

## ZDA: ZMANJŠEVANJE TVEGANJA ZA DEMENCO

Novejši članek, objavljen v *New England Journal of Medicine*, govori o tem, da ljudi v današnjem času obolevnost za demenco manj ogroža kot pred 20 leti. Pri tistih, ki pa bodo za demenco vseeno zboleli, pa naj bi se ta pojavila kasneje v življenju.

Avtorji omenjenega članka so preučili 5 nedavnih študij, ki kažejo na to, da bi lahko zmanjševanje v prevalenci demence pripisali višjim stopnjam izobrazbe med prebivalstvom, boljšemu zdravstvenemu stanju in bolj zdravemu življenjskemu slogu.

Eden izmed avtorjev, dr. Kenneth Langa, profesor interne medicine na *U-M Medical School* in raziskovalec na *Center for Clinical Management Research (CCMR)* pravi, da narašča število študij iz vsega sveta, ki kažejo na to, da na zmanjševanje pojavnosti demence vpliva višja stopnja izobrazbe in boljša preventiva ter zdravljenje ključnih kardiovaskularnih tveganj, kot so visoke vrednosti krvnega tlaka in holesterola.

Dr. Langa se zaveda, da se bo zaradi staranja prebivalstva število ljudi z demenco povečevalo, toda dobra novica je, da se bo demenca pojavljala kasneje v življenju.

Tudi številne druge raziskave kažejo, da naj bi vseživljenjsko učenje, telesna aktivnost, pozna upokožitev, ustrezno zdravljena depresija in vzdrževanje socialne mreže zmanjševali dejavnike tveganja za demenco. Manjše tveganje pa naj bi imeli tudi ljudje, ki imajo visoko izobražene starše (še posebej matere).

Vir: *Science Daily*, 2013. *Good news on the Alzheimer's epidemic: Risk for older adults declining*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/11/131127225307.htm> (sprejem 25. 3. 2014).

# GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Tina Lipar

## V TUJINI

### **IFA 12th Global Conference on Ageing**

Organizira: International federation on ageing  
10. -13. junij, Hyderabad, Indija  
Spletni naslov: <http://www.ifa-iv.org/ifa-activities/ifa-conferences-meetings/ifa-12th-global-conference-on-ageing/#>

### **The 43rd Annual Meeting of the American Ageing Association**

Organizira: American Ageing Association  
30. maj – 2. junij, San Antonio, Texas  
Spletni naslov: <http://www.americanagingassociation.org/meeting>

### **22nd Nordic Gerontology Congress**

Organizira: Nordisk Gerontologisk förening  
25. – 28. maj, Gothenburg, Švedska  
Spletni naslov: <http://www.22nkg.com/SiteSpecific/22NKG/StartPage.aspx>

### **The World Congress on Age Management Medicine**

Organizira: Age Management Medicine Group  
5. – 7. junij, Aruba  
Spletni naslov: <https://www.agemed.org/June2014/tabid/842/language/en-US/Default.aspx>

### **The 29th International Conference of Alzheimer's Disease International**

Organizira: Alzheimer's Disease International  
1. – 4. maj, San Juan, Puerto Rico  
Spletni naslov: <http://www.adi2014.org/>

### **4th Congress of the Clinical Section IAGG - European region 2014 & 7th Academic Geriatric congress 2014**

Organizira: Academic Geriatrics Society in the International Association of Gerontology and Geriatrics  
28. – 31. maj, Antalya, Turčija  
Spletni naslov: <http://www.iaggantalya2014.org/index.html>

### **The Biology of Aging: Novel Drug Targets for Neurodegenerative Disease**

Organizira: The New York Academy of Sciences  
9. maj, New York, ZDA  
Spletni naslov: <http://www.nyas.org/Events/Detail.aspx?cid=8f235d9a-d907-45e9-8c1d-8f26cfc817d5>

# GERONTOLOŠKO IZRAZJE

## STARANJE

angleško: *ageing*

nemško: *das Altern*

francosko: *el vieillissement*

špansko: *el envejecimiento*

Staranje je fiziološki proces, ki se začne z oploditvijo in ga ne moremo preprečiti. Pri staranju prihaja do sprememb v celicah, njihovi presnovi, delovanju in obnavljanju.

Človek se stara vse življenje. V vsakdanji govorici staranje pomeni potek življenja v višji starosti, npr. po upokojitvi (*staram se, občutim svoje staranje, postaral se je*). V tem smislu je staranje individualni proces, ki se pri vsakem človeku kaže na drugačen način in ga vsakdo drugače zaznava in doživlja. Na hitrost staranja vpliva dednost in kakovost življenjskih razmer; pospešujejo ga naslednji dejavniki: vlažno vroče podnebje, mestno življenje, nezdrav način življenja, napačna prehrana, premalo gibanja, služba, škodljive navade in razvade.

Podobno kot razlikujemo med kronološko, biološko in doživljajsko starostjo, razlikujemo tudi med **kronološkim, biološkim in doživljajskim staranjem**. Na kronološko staranje ne moremo vplivati, določa ga datum rojstva. Na biološko in doživljajsko staranje pa v določeni meri lahko vplivamo z zdravim in aktivnim življenjskim slogom, duševno stabilnostjo in kakovostjo sožitja skozi vsa obdobja življenja.

S staranjem človeka je povezano pešanje: najprej nekaterih telesnih zmožnosti (npr. spretnosti), nato duševnih (npr. spomina) in drugih; to pešanje zaviramo z ustrežno vadbo. Za duhovne zmožnosti pa ugotavljajo (Viktor Frankl), da se s staranjem ob ustrezni življenjski

usmerjenosti in vadbi ne manjšajo, ampak celo večajo in krepijo; takšen razvoj se kaže pri starih ljudeh, ki so modri, za okolico pa prijetni. Tudi za medčloveško sožitje je gotovo, da s staranjem lahko pridobiva na kakovosti; zdi se, da je razvoj sožitja tesno povezan s človekovim duhovnim razvojem. Ohranjanje in krepitev vseh zmožnosti ob staranju je zelo odvisna od tega, kako človek svoje staranje sprejema in ga doživlja: ali si ga taji, ga jemlje kot nekaj težavnega ali ga doživlja kot življenjsko stvarnost, kateri se prilagaja in v njej odkriva nove smiselne možnosti.

**Družbeno staranje** – izraza zanj sta še **staranje družbe** in **staranje prebivalstva** – je pojav, ko se večja delež starega prebivalstva. Vzroka za staranje prebivalstva sta boljše zdravje ljudi in s tem povezano daljšanje življenja ter manjše število rojstev, na ravni posameznega kraja pa tudi odseljevanje mladih. Družbeno staranje je značilno za današnje razvite družbe Evrope, Japonske, Severne Amerike in drugih razvitih držav. Starajo pa se tudi narodi Afrike, Azije in Južne Amerike; zaradi večjih migracij v mesta in pomanjkanja zavarovalnih in drugih sistemov javne socialne varnosti bodo te družbe v naslednjih desetletjih doživljale zelo hude družbene probleme staranja prebivalstva.

Staranje prebivalstva prinaša številne probleme, ki so povezani s pojmom demografska kriza; nanje se morajo ustvarjalno odzvati vsi vitalni družbeni sistemi, še zlasti pa zdravstvo, sociala, vzgoja in šolstvo ter urbanistično in arhitekturno urejanje prostora in opreme.

Staranje prebivalstva pa prinaša svetu tudi vitalne nove možnosti. Za nami je stoletje naglega razvoja materialne blaginje, izboljšanja zdravja človeštva in formalne demokratizacije v sožitju spolov, narodov in ras. Pozornost na ta razvoj ni dopuščala, da bi človeštvo v tem času

razvijalo notranjo kakovost človeške osebnosti in medčloveškega sožitja. Čedalje večji delež starih ljudi ter njihova ozaveščenost o potrebah po medgeneracijskem sožitju, po doživljanju smisla starosti in oskrbi v onemoglosti postavlja vse generacije pred neizbežno nalogo, da ustvarjalne sile usmerijo v razvoj teh področij človeškega bivanja. Zato se bodo v naslednjih desetletjih staranja prebivalstva na svetu razvijale nove možnosti za celostno osebnostno rast človeka ter za kakovostno vsakdanje sožitje v medčloveških odnosih in razmerjih s podobno intenzivnostjo, kot se je razvijal materialni standard v letih med 1960 in 2000. Če razvoj ne bi šel v smer človeške in sožitne kakovosti, bi se ob staranju zahtevnih generacij, rojenih po 2. svetovni vojni, in ob nakopičenih možnostih uničevalnega orožja in socialnih manipulacij zlahka sprožila njegova alternativa, ki bi bila neprimerno hujša, kot so bile vse grozote vojn in diktatur v 20. stoletju. Staranje prebivalstva je torej eden od največjih razvojnih izzivov človeštva za celostni napredek.

*J. Ramovš*

## GERONTEHNOLOGIJA

angleško: *gerontechnology*

špansko: *la Gerontotecnología*

nemško: *die Gerontechnologie*

Gerontechnologija je interdisciplinarno akademsko in profesionalno področje, ki združuje gerontologijo in tehnologijo – gre torej za razvoj in uporabo tehnologij, ki pomagajo premagovati starostne ovire ali prispevajo h kakovosti staranja in starosti.

Ljudje so si v starosti od nekdaj pomagali s pripomočki, najbolj značilna je bila oporna palica. Danes je gerontechnologija novo raziskovalno področje, ki skuša odgovoriti na potrebe starajoče se populacije s pomočjo tehnoloških inovacij. Raziskovanje v gerontotehnologiji vključuje: identifikacijo potreb starajoče se populacije, zasnovo inovativnih proizvodov z

namenom pospeševanja neodvisnosti posameznika pri opravljanju življenjskih aktivnosti in aplikacijo novih tehnologij za preventivo bolezni, vzdrževanje zdravja in aktivno preživljanje prostega časa.

V sodobno gerontechnologijo sodijo vsi tehnični pripomočki, ki starejšemu človeku »podaljšajo«, izboljšajo ali celo nadomestijo njegove organe in čutila. S tem mu bistveno povečajo kakovost življenja, pripomorejo k aktivnemu in zdravemu staranju in večji samostojnosti. To so pripomočki za hojo (npr. bergle, hoduljice, invalidski vozički), medicinsko-tehnični pripomočki (npr. očala, slušni aparati, zobne proteze), najhitreje pa se razvijajo različni elektronski ter informacijsko-komunikacijski pripomočki in sistemi (npr. rdeči gumb, opozorilni sistemi na prenosnih telefonih, informacijske mreže). Gerontechnologija se v zadnjem času vse bolj usmerja v prilagajanje okolja, ki je starostnikom čim bolj po meri (pametni domovi).

Gerontechnologija starostnikom lajša življenje in jim omogoča dlje časa trajajočo samostojnost v njihovem domačem okolju. Z naraščanjem števila starih ljudi se za gerontechnologijo ustvarja tržna niša, kar spodbuja njen nagel razvoj.

*Tina Lipar*

## ŽIVLJENJSKA OBDOBJA

angleško: *stage of life*

nemško: *der Lebensabschnitt*

špansko: *las etapas de la vida*

Življenjska ali starostna obdobja so deli v poteku celovitega človekovega življenja, ki imajo značilne razvojne potrebe in možnosti.

Jeziki vseh kultur razločujejo v poteku človeškega življenja od spočetja do smrti tri večja razvojna obdobja: mladost, srednja leta in starost. Sodobna razvojna psihologija, sociologija, biologija, antropologija in druge znanosti so tej življenjski izkušnji dodale številna pomembna spoznanja, ki pomagajo razumeti človekov



razvoj in ga čim bolj smiselno usmerjati; največ spoznanj je prispevala razvojna psihologija za obdobje mladosti. Zanimanje za raziskovanje starostnega obdobja in razvoja v njem se uveljavlja šele zadnja leta ob demografskem staranju prebivalstva in daljšanju človeškega življenja.

**Mladost** je razvojno obdobje človeka od spočetja do samostojnosti. V tem obdobju telesno dozori za razmnoževanje, v osnovi pa se vključijo v polno delovanje vse zmožnosti (telesne, duševne, duhovne, socialne, razvojne in bivanjske). Glavna naloga mladostnega obdobja je zdrava rast in temeljno učenje za življenje. Oboje se zlije v zmožnost za samostojno življenje v skupnosti, za lastno družino in delo. Danes se mladostno obdobje podaljšuje, njegova povprečna meja je v naših civilizacijskih razmerah med petindvajsetim in tridesetim letom starosti.

Kot vsako življenjsko obdobje se tudi mladost deli na več podobdobj. Zanj je značilna velika razvojna dinamika. Po zaslugi znanosti v 20. st. je človekov razvoj v mladosti najbolj raziskan in razčlenjen. Med klasičnimi razvojnimi avtorji je znan npr. Erik H. Erikson (1902-1994); njegovo izhodišče sta povezanost in časovno zaporedje vstopanja in delovanja glavnih psihosocialnih sposobnosti v teku človeškega razvoja. Naslanja se na epigenetski razvoj človeka od spočetja do rojstva, ko mora v določenem času začeti z delovanjem posamezni organ, sicer ostane razvojna motnja; v zasnovi pa so vsi organi že v genetski osnovi prve celice. Razvoj v maternici med nosečnostjo je prvo in temeljno življenjsko podobdobje. Erikson ugotavlja, da podobno kot vstopajo pred rojstvom v delovanje organi, vstopajo skozi vse življenje psihosocialne sposobnosti; v določenem času se mora vsaka od njih razviti do polnega delovanja, če pa se to ne zgodi, ostane človeku na tem področju boleštna globinska rana. Razvoj v mladosti je razdelil v šest stopenj: 1. v prvem letu je otrokovo socialno okolje mati, razvije se mu prazaupanje, boleštna alternativa je globinsko nezaupanje vase, v ljudi

in svet; 2. v drugem in tretjem letu so njegovo socialno okolje starši, razvije se mu avtonomija (shodi, postane čist, se navaja na red), boleštna alternativa je negotovo, dvomeče, sramežljivo in sovražno odbijanje drugih, sveta in sebe; 3. v predšolskem obdobju igre v 4. in 5. letu je njegovo socialno okolje razširjena družinska skupina, razvije se pobuda, boleštna alternativna je temna nesproščenost, ki se izraža v nerazumnih občutkih krivde brez vzroka; 4. v šolskem obdobju je socialno okolje šola, razvije se delavnost, boleštna alternativa je zlovesčič občutek manjvrednosti in nezmožnosti; 5. v puberteti in mladostništvu so socialno okolje vrstniki in svet vzornikov, razvije se identiteta, boleštna alternativa je razpršena identiteta z nepovezanimi delčki samega sebe; 6. v današnjem poznem mladostništvu, ki je bilo pred nekaj desetletji že zgodnja odraslost je socialno okolje osebni, učni in delovni krog prijateljev, spolni partner, sodelavci in tekmeci v družbi, razvijeta se intimnost in solidarnost; če človeku spodleti razvoj intimnosti in solidarnosti, se boleštno zapre vase in izolira, kar je zelo nevarna usmerjenost za srednja leta in starost.

**Srednja leta** so obdobje, ko ljudje rodijo in vzgojijo svoje potomstvo naslednje generacije in delajo za preživetje sebe, mlade in stare generacije; to je zrelo obdobje vsestranske življenjske rodovitnosti. Dandanes srednja leta v glavnem sovpadajo s službenimi leti do redne upokojitve. Erikson je v tem obdobju opredelil kot odločilno razvojno izkušnjo rodovitnost in plodnost: v otrocih, delu, poklicu, notranjem bogatenju ...; človekov socialni prostor v tem času so zakon, družina in služba. Če ostane rodovitnost nerazvita, začne človek narcistično »použivati« samega sebe s »prežvekanjem« dosežene zrelosti brez pravega cilja.

S socialnega vidika delimo srednja leta v tri podobdobja:

1. *zgodnja srednja leta* od 26. do 35. leta; to je običajno čas priprave in ustanovitve lastne

- družine z majhnimi otroki, odhoda iz rodne družine in uvajanja v poklicno delo oziroma službo;
2. *osrednja leta življenja* od 36. do 50. leta s šola-jočimi se otroki tja do njihovega osamosvajanja ter čas človekovega največjega poklicnega in službenega prispevka skupnosti;
  3. *pozna srednja leta* od 51. do 65. leta, za katera je ponavadi značilno, da so otroci že samostojni, čeprav dokaj pogosto živijo še pri starših, poleg tega je to čas poslopnice priprave na upokožitev, v bližnji preteklosti so bili ljudje pogosto že upokojeni.

**Starost** je obdobje, ko človek dozori do polne človeške uresničitve, ob tem pa mu pojemajo moči, zlasti telesne in duševne. Skrb za materialni razvoj prepušča naslednji generaciji, njemu pa se z upokožitvijo pojavi nova kakovost svobode in življenjskih možnosti za dejavno življenje, ki samo po sebi ni manj razgibano in polno kakor v srednjih letih, pač pa bolj sproščeno in izbrano v skladu z osebnimi potrebami, sposobnostmi in okoliščinami. Značilna življenjska naloga tretjega življenjskega obdobja je tudi, da človek svoja zrela življenjska spoznanja in izkušnje predaja neposredno soljudem ali posredno kulturi. Dejavno kljubuje starostnemu usihanju in boleznim; kolikor pa to ni možno, oboje sprejema v svoj življenjski svet vključno s smrtjo, ki je zadnji mejnik življenja. Erikson je opisal za to obdobje življenja specifično razvojno možnost in nalogo – to je integriteta. Človekovo socialno okolje je zdaj vse človeštvo, vsi ljudje moje vrste. Z začetkom življenjskega obračuna v krizi srednjih let raste čut za modrost, v ospredje stopajo človekove življenjske izkušnje in zavest, da ga nekoč več ne bo. Čedalje manjši preostanek življenja ga spodbuja k življenjskemu zorenju in smiselni uporabi svojega časa. Če človek ne naredi uspešno tega zadnjega razvojnega koraka in ne doseže integritete, začne njegovo doživljanje prepredati obup in gnus nad sabo, svetom in življenjem.

Z gerontološkega vidika je primerna delitev starosti v tri podobdobja:

1. *zgodnja starost* od 66. do 75. leta, ko se človek privaja na upokojsko svobodno življenje, ponavadi je dokaj zdrav in trden ter živi zelo dejavno;
2. *srednja starost* od 76. do 85. leta, ko se v svojih dejavnostih prilagaja ter doživljajsko privaja na starostno upadanje svojih moči in zdravja, izgublja vrstnike in večini umre zakonec;
3. *pozna starost* po 86. letu starosti, ko postaja kot prejemnik pomoči za mlajši dve generaciji nemi učitelj najglobljih temeljev človeškega dostojanstva, sam pa opravlja zadnje naloge v življenju.

Antropološka delitev v tri življenjska obdobja seveda ni edina. Med redkimi klasičnimi psihologi, ki so govorili tudi o razvoju v odraslem obdobju in starosti, sta Carl G. Jung (1875-1961) in Daniel Levinson (1920-1994), ki se je pri svojem raziskovanju človekovega razvoja posvetil prehodom med življenjskimi obdobji ter zrelemu obdobju srednjih let; tega deli v zgodnje in srednje obdobje odraslosti z vmesnim prehodom v srednjih letih. Z veliko prodornostjo je življenjska obdobja opisal mislec in socialni praktik Jean Vanier (roj. 1928), ki je posvetil svoje življenje pristnemu človeškemu sožitju z duševno prizadetimi in socialno odrinjenimi ljudmi; pri svojem opisu je enako pozoren na človeški razvoj v otroškem in mladostnem obdobju, v delovnem obdobju srednjih let in v starosti.

Med ljudmi je uveljavljena delitev življenja v dve polovici, ki jo ponazarja prispodoba dneva: jutro in dopoldansko dviganje do poldneva, nato pa popoldansko upadanje in zaton; ta prispodoba življenjskega razvoja je našla slikovite odzive v ljudski umetnosti (npr. kolo življenja). Nanjo je bil pozoren Carl G. Jung. Doživljajsko je globoko zakoreninjena v ljudeh. Praznovanje *srečanja z Abrahamom* za petdesetletnico življenja je nekak zapoznel mejnik med dopoldnevom in popoldnevom človekovega življenja; zapoznel,

ker je pri petdesetem letu človek že v svojem popoldnevu življenja. V gerontologiji je vredno tudi tej delitvi posvečati pozornost. Tiden od razlogov, da smo mejo med osrednjimi leti življenja in poznimi srednjimi leti postavili v petdesetletnico življenja, je dejstvo, da se mora človek vsaj ob izteku klimakterija zavestno posvetiti pripravi na lastno starost. Praznični mejnik *srečanja z Abrahamom* je dober andragoški in gerontagoški nastavek za ozaveščanje potrebe po tej pripravi med širokimi plastmi prebivalstva.

Danes nekateri govorijo o *četrtlem obdobju življenja* in pri tem mislijo na zadnje, to je pozno starostno obdobje, oziroma na življenje po 80. ali 85. letu. Ta delitev je strokovno neutemeljena, saj zadnje starostno obdobje odtrga od starosti zaradi onemoglosti in funkcionalne nesamostojnosti. To pa sta lahko značilnosti kateregakoli obdobja. V zgodnjem otroštvu je človek povsem zanesljivo nesamostojen in potreben nege, pa nikomur ne pride na misel, da bi zaradi tega prva leta odtrgal od otroštva kot samostojno obdobje. Če bi človeško življenje cepili v obdobja po kriterijih, s katerimi govorijo o *četrtlem obdobju življenja*, bi morali govoriti o deset ali več obdobjih življenja, saj ima vsako podobdobje svoje drugotne značilnosti v okviru skupnih, ki so značilne za glavna obdobja. Trganje pozne starosti od celote starosti kot posebno – *četrtlo obdobje življenja*, ker je tedaj človek pogosto onemogel in potreben nege, je socialno in antropološko škodljivo: je nezavedni izraz družbene tabuizacije starosti v današnji zahodni kulturi; torej sodoben stereotip, ki je enako škodljiv, kakor so stereotipi, da so stari ljudje bolni, sitni, skopi in podobno. Današnji tabu starosti in človeške nemoči ne dopušča, da bi videli in sprejeli celoto starosti z vsemi njenimi možnostmi, ki so v resnici velike, pa tudi omejitvami, ki so stvarne. Starostne omejitve so človeško obvladljive, če jih sprejmemo, če pa pred njimi zatiskamo oči in zaradi njih marginaliziramo prebivalstvo v posebne kategorije, kakršna je tudi govorjenje

o *četrtlem obdobju življenja*, niso niti osebno niti družbeno obvladljive.

O *štirih letnih časih življenja* – in s tem o *četrtlem obdobju* – je govoril Anton Trstenjak (1906–1996) kot o prisposobi za življenje po smrti. Kakršnokoli podoba že ima pri različnih ljudeh človeška potreba po nesmrtnosti – npr. da živi v spominu živih, v svojih delih ali kot duhovna oseba – čas po človekovi smrti je res radikalno nova kakovost v primerjavi z mladostjo, srednjimi leti in starostjo. To »*obdobje*« je nedostopno za znanstveno analizo. Trstenjakovo govorjenje o *četrtlem letnem času življenja* ni strokovno ime za življenjsko obdobje, ampak poglobljena človeška pripoved o enem od bistvenih človeških vprašanj v jeziku prisposobe.

Delitev v življenjska obdobja je potrebna za orientacijo pri znanstvenem raziskovanju in pri praktičnem delu v skupnosti. Poznavanje in upoštevanje vseh obdobjih življenja v človekovem vzdolžnem razvoju od spočetja do smrti daje socialni gerontologiji teoretično osnovo za razumevanje starega človeka iz njegove osebne življenjske zgodovine, prav tako pa za razumevanje posebnosti in medsebojne komplementarnosti vseh treh generacij. Vsebuje pa tudi nevarnosti, npr. da živo celoto življenja razkosamo in s tem izgubimo njegovo vitalnost, da se pretirano osredotočimo na specifične potrebe posameznega obdobja na škodo celote – glavnina temeljnih potreb in zmožnosti je skupnih skozi vse življenje. Pri delitvi na življenjska obdobja se je torej nujno potrebno zavedati, da je človekovo življenje ena sama celota, neprekinjen življenjski cikel – *življenjski potek*; koncept življenjskega poteka je v sodobni gerontologiji zelo v ospredju.

Po življenjskih obdobjih navadno opredeljujemo tudi generacije, npr. mlada, srednja in stara, prva, druga in tretja. Sociologiji pa ugotavljajo, kako se enako stari ljudje, ki so odraščali v različnih družbenih razmerah, med seboj lahko zelo razlikujejo; v tem smislu govorijo o tih (predvojni) generaciji, baby boom generaciji (rojeni med

leti 1946 in 1963), generaciji X (rojemu med leti 1964 in 1978) in generaciji Y (rojeni med leti 1979 in 1997).

Meje med posameznimi obdobji življenja so bile v zgodovini odvisne tudi od socialnega razreda in položaja ljudi. Čim nižji socialni položaj je nekdo imel, tem prej in bolj trdo je moral začeti delati za svoje preživljanje in tem dlje v stara leta s tem nadaljevati, ob tem pa je imel tem manj lastne samostojnosti – pomislimo na prvo slovensko socialno pesem *Ubogi otrok v fáberkah* (Anton M. Slomšek, 1846). To seveda velja tudi danes – pomislimo slabe možnosti za šolanje današnjih otrok nižjega sloja in njihovo izkoriščanje v nekaterih deželah. Višji sloji so svojo starost od nekdaj skušali odlagati na poznejša leta, v današnjem razvitem svetu pa se je pri vseh ljudeh »odlaganje starosti« stopnjevalo do njenega zanikanja v obliki tabuja.

Za gerontagogiko je važno spoznanje, da je človek z doživljajskega vidika lahko enako mladostno svež v vseh starostnih obdobjih vse do trenutka smrti, če je seveda pri polni zavesti, dovolj osebno zrel in v zadovoljivih življenjskih razmerah. Prav tako je lahko v vsakem življenjskem obdobju ostarel in izčrpan. Vsak pozna stare ljudi, ki v poznih letih življenja niso manj mladostni, kakor so bili v mladosti in v srednjih letih, prav tako pa tudi mlade ljudi, ki so podobni ostarelim starcem. Pri starem človeku je doživljajska starost ogledalo njegovega doživljanja sebe, drugih in sveta v preteklih obdobjih življenja in s tega vidika povsem drži prirejen slovenski pregovor: *Kakršno življenje, takšna starost*.

Zelo pomembno je dejstvo, da so današnje generacije zaradi podaljšanja življenja pridobile med srednjimi leti in visoko starostjo ter z njo povezano onemoglostjo dve desetletji zdravega življenja. To obdobje nam prinaša nepredstavljive možnosti za osebno zorenje in s tem za nagel dvig kakovosti medčloveškega sožitja.

Ena najbolj svojiskih lastnosti človeka je delo, ki je tudi pogoj za pošteno preživljanje. Skozi vso

zgodovino je bilo delo vseživljenjska zadeva, seveda v skladu z zmožnostmi konkretnega človeka v danem trenutku. Polpretekli industrijski način proizvodnje in še vedno nerešeno razmerje med lastnino (kapitalom) in delom (zaposlenimi) je vrednoto dela oslabilo, zavest o potrebnosti dela pa skrčilo na službena leta zaposlenosti. Z informacijskim načinom življenja se vrača zavest o vseživljenjskem delu, podobno kot se je nedavno uveljavila zavest o vseživljenjskem učenju. Le-to je postalo življenjska nuja, saj informacije in znanje za obvladovanje vsakdanjih življenjskih nalog zastarevajo takorekoč sproti, vsekakor pa v nekaj letih. Postopoma prihaja do zavesti, da je nujno tudi vseživljenjsko socialno učenje za sožitje, sodelovanje in komuniciranje med ljudmi, posebej tudi med generacijami.

Na koncu še jezikovna opomba o nepravilni rabi na področju življenjskih obdobj. Slovenščina ne dopušča kopičiti pridevnikov brez samostalnikov. Zato so jezikovno zelo neprimerni dobesedni prevodi angleških poimenovanj za življenjska podobdobja kot npr. *mlajši starejši, starejši starejši* ipd.

Jože Ramovš

## SOCIALNA MREŽA

angleško: *social network*

nemško: *das Sozialnetz, das soziale Netzwerk*

špansko: *la red social*

Kakovost človekovega življenja je v vseh življenjskih obdobjih odvisna od dobrega razmerja med njegovo osebno samostojnostjo in ustrezno vpetostjo v medčloveške povezave; uspelo človekovanje je ravnotežje med zrelo osebno samostojnostjo in dobrim občestvovanjem z ljudmi. Človek potrebuje za svoj razvoj družbo drugih ljudi in samoto; kdor ni samostojen in ni sposoben samote, tudi v družbi ni ustvarjalen in tvoren. Seveda velja tudi obratno: ljudje, ki so v skupnosti pomenili največ, so *odhajali sami zase na samotni kraj, da so se tam odpočili* in v samem

sebi zbrali svoje osebne vire. Psihosocialni strokovni pojem socialna mreža izraža enega od teh dveh polov: človekovo vseživljenjsko vpetost v medčloveške povezave.

Beseda mreža ima v slovenščini precej različnih pomenov. Slovar slovenskega knjižnega jezika pravi, da je *izdelek iz prekrizanih niti, vrvi, žice, med katerimi so okenca, luknjice*. Uporablja se za številne namene: za zaščito (okenska mreža, prestrezna mreža pod vrvoledci in skakalci na trapezu v cirkusu), za lov (ribiška mreža, pajkova mreža), kot orodje (za precejanje in sejanje), kot oprema (odbojarska, teniška). Z besedo mreža opišemo pojave, ki so podobni mreži, npr. električna, cestna, železniška mreža; dejavnosti, ki so načrtno razporejene ali povezane, npr. mreža osnovnih šol, trgovska mreža, računalniška mreža, povemo pa tudi, da *nekdo nastavlja zahrblne mreže, da se je ujel v mrežo, se izmotal iz njegovih mrež*.

Pojem socialna mreža pomeni človekovo povezanost z drugimi ljudmi, ki je ena od bistvenih človeških potreb in lastnosti; izraža se v osebnih medčloveških odnosih in v stvarnih delovnih ter drugih rabnih razmerjih. Medčloveška razmerja in odnosi so za človeka v resnici kot mreža; v različnih socialnih mrežah živi vse življenje, če to hoče ali pa ne. Socialne mreže imajo zanj naslednje vloge:

- pomagajo mu, da uspeva, zadovoljuje svoje potrebe, ustvarja in napreduje;
- postavljajo v življenju pravila igre za družbeno sožitje;
- človekovo vedenje in ravnanje »sejejo« v družbeno sprejemljive in nesprejemljive vloge,
- varujejo ga pred pomanjkanjem in nevarnostmi, s svojimi omejitvami pa mu povzročajo tudi nevšečnosti,
- v težavah mu pomagajo, da ne propade.

Pomembno je, da socialne mreže ne gledamo kot brezosebni stroj, ki je človeku nadrejen, temveč jih pojmujejo antropološko: edini živ voz

v socialnih mrežah je namreč človek, v njem se križajo vse niti družbe, on pa jih s svojo osebno svobodo in odgovornostjo veže v trdne točke človeškega življenja in medčloveškega sožitja.

Gerontološko socialno delo je prevzelo pojem mreže iz sistemske teorije, oblikovalo koncept socialnih mrež in socialnega dela z njimi. Delo s socialnimi mrežami je odgovor na prenehanje enovite tradicionalne družbe ter na nastop kompleksnih modernih in postmodernih družb. V enoviti družbi lahko sledimo celoti človeškega življenja, če poznamo le en njegov del; z oporo enemu samemu vidiku pomagamo lahko njegovi celoti. Sodobna kompleksna družba pa je sestavljena iz številnih fragmentov z različnimi vrednotnimi usmeritvami, načinom življenja in stališči, med katere je človek vpet. Zato lahko človeku ali skupini pomagamo tako, da delamo z njegovimi glavnimi socialnimi mrežami; to so:

- naravne socialne mreže (družina, sosodstvo, sorodstvo, prijateljstvo, delovna tovarišija),
- umetno oblikovane socialne mreže za krajši čas ali za zelo parcialne vidike življenja (npr. skupine za samopomoč, terapevtske skupine),
- trajnejše in bolj celostne socialne mreže za socialno urejanje (prevzgojni zavodi, komune),
- nadomestne socialne mreže ob izpadu kake bistvene socialne funkcije iz naravnih socialnih mrež (rejniške in oskrbniške družine, domovi za stare ljudi).

Socialne mreže se v zgodovinskem razvoju spreminjajo, tudi danes so v različnih kulturah različne. Pretekla tisočletja so bile odločilne socialne mreže družina in sorodniki, sosodje v krajevni skupnosti, verska skupnost, obrtniško združenje za obrtnike ipd. – te so tradicionalne socialne mreže. Vanje je ljudi povezovala predvsem nuja v boju za preživetje: skupno imetje, medsebojna odvisnost, norme in običaji tradicije, avtoriteta in moč. V današnjih življenjskih razmerah sta sorodstvena in sosodska socialna mreža postali nezadostni za šolanje, delo, oskrbo

v boleznih in onemoglosti in še marsikje. To svojo pomembno vlogo seveda ohranjata, toda opravljata jo lahko le deloma; imeti morata primerno pomoč od zunaj in dopolnjevati ju morajo nove socialne mreže. Danes torej deluje vzporedno več vrst socialnih mrež iz različnih življenjskih razmer:

- tradicionalne iz kmečko-obrtniško-stanovske družbe, ki so nastajale in delovale več tisočletj;
- moderne iz industrijske družbe, ki so se oblikovale zadnji dve stoletji – takšne so npr. šolstvo, zdravstvo, pokojninsko in druga solidarnostna zavarovanja;
- nove poindustrijske, informacijske, ki se začinjajo oblikovati zadnja leta v poindustrijski informacijski družbi – npr. skupine za samopomoč, internetni dostop do informacij, internetna družabna omrežja.

Za sedanjo srednjo generacijo, ki se bo starala v prihodnjih letih, ko bo več kot tretjina prebivalstva starega nad 60 let, je skorajda preživetvena naloga, da naglo, z vso osebnostno in družbeno zavzetostjo oblikujemo nove socialne mreže za kakovostno staranje in za povezovanje generacij. Te morajo ustrezati današnjim življenjskim razmeram, skladno se morajo dopolnjevati s tradicionalnimi družinskimi, sorodstvenimi in drugimi socialnimi mrežami, predvsem pa morajo biti po meri človeka, kajti sicer so – ne da bi se tega zavedale – industrijsko podjetje, ki se posveča samo sebi, stari ljudje pa so njihov proizvodni material.

Pomembno je, kaj v določeni socialni mreži ljudi povezuje in kakšne so te povezave. Danes jih v sodobne socialne mreže povezuje predvsem dvojice: samostojnost (avtonomnost) in sodelovanje (kooperativnost).

Eden od glavnih dejavnikov življenjskega zadovoljstva sodobnega človeka je njegova **samostojnost ali avtonomnost**: materialna, čustvena, intelektualna, osebna, skupinska, nacionalna, verska itd. Sodobni človek se v

socialne mreže vključuje kar se da svobodno, v njih svobodno ostaja ali se iz njih svobodno umakne. Zato je bistvena značilnost sodobne socialne mreže, da je decentralizirana: čim več pravic in dolžnosti mora biti prenesenih na najnižjo raven mreže, to je na posameznike v njej, pri večjih, na primer nacionalnih mrežah, pa na krajevne mreže.

Drugi glavni dejavnik življenjskega zadovoljstva sodobnega človeka je uspešnost njegovega **sodelovanja z drugimi ljudmi ali kooperativnost**. Za sodobno socialno mrežo je zato odločilno, koliko zna in zmora svoje ljudi usposablja za dobro komunikacijo, ki je pogoj sodelovanja. Pri komunikaciji je odločilen pretok informacij. Zato je druga bistvena značilnost sodobne socialne mreže **informacijska povezanost**, to je tekoči pretok informacij v vse smeri in dostopnost vseh pomembnih informacij v vsaki točki socialne mreže.

Pri pretoku informacij v socialni mreži je pomembno, da gredo spoznanja, izkušnje in druge informacije v obe smeri – s periferije v center in obratno. Na eni strani socialne mreže je posameznik, posamezna podskupina ali skupina – periferija, na drugi strani pa je osrednje organizacijsko vodstvo mreže na krajevni, pokrajinski, nacionalni ali svetovni ravni – temu pravijo center ali sedež mreže. Tako poimenovanje je izraz tradicionalne predstave v piramidalni hierarhični družbi, kjer je bilo središče formalna avtoriteta vodstva *na prestolu*, čeprav se resnično socialno življenje odvija na *periferiji* sožitja posameznikov, podskupin in skupin v socialni mreži. Sistemska teorija pravi, da informacije, ki gredo iz centra na periferijo, povezujejo sistem v celoto in omogočajo njegovo delovanje, informacije iz periferije v center pa omogočajo njegovo življenjskost in napredovanje v danih razmerah.

Danes je socialna mreža informacijsko povezana zlasti na tri načine:

- z osebnim stikom med posamezniki, podskupinami in skupinami v mreži,

- s klasičnim informiranjem, na primer preko glasila, dopisov, telefona in podobnih sredstev, ter
- po sodobni elektronski informacijski poti, na primer z elektronsko pošto in spletno stranjo.

Avtonomnost posameznika ter komunikacija in sodelovanje na temelju dobrega pretoka informacij sta odločilna dejavnika za kakovost sožitja v sodobni socialni mreži. Avtonomnost posameznih nižjih socialnih mrež in pretok informacij med njimi pa sta odločilna dejavnika za kakovost delovanja sestavljenih socialnih mrež na višji, na primer nacionalni ravni.

Raziskovanje komunikacije v socialnih mrežah je usmerjeno na prenos informacij in na sredstva, po katerih se informacije prenašajo med enotami mreže. Pomemben strokovni pojem pri tem je **informacijski kanal**. Informacijski kanal je direktna komunikacijska povezava posameznika z drugimi v socialni mreži ali skupini. Pri tem je mišljeno pretakanje informacij, ne pa sposobnost, da se informacije lahko pretakajo, ali način, po katerem potujejo.

S sistemskega vidika ima odločilni vpliv na komunikacijo v skupini ali mreži velikost mreže oziroma število njenih članov. Z vsakim novim članom se namreč število komunikacijskih kanalov veča tako rekoč z astronomsko hitrostjo: med dvema človekoma v mreži poteka le en komunikacijski kanal, med tremi so trije komunikacijski kanali, med štirimi jih je šest, med petimi deset, med desetimi petinštirideset, med stotimi člani mreže pa poteka že 4950 komunikacijskih kanalov; formula za izračun komunikacijskih kanalov je  $N(N-1):2$ .

Človek lahko neposredno komunicira le po sorazmerno majhnem številu kanalov. In čim bolj so njegove zmožnosti okrnjene, na primer sluh ali pozornost, tem manjše je to število. Značilnost osebnega človeškega odnosa pa je, da poteka komunikacija neposredno in da so vsi komunikacijski kanali – načelno – vedno odprti.

Z večanjem mreže se njena struktura oblikuje grozdasto: vsak član skupine ali skupnosti

je povezan le z nekaj drugimi po neposrednih komunikacijskih kanalih, z ostalimi pa posredno preko enega, dveh, treh, desetih ... drugih članov mreže. Z večanjem števila posrednikov se informacije izgubljajo in pačijo. To pa je usodno za komunikacijo v mreži. Zato je prva naloga pri večanju mreže skrb za uspešen prenos nespremenjenih informacij v celotni mreži.

Za uspešen pretok informacij sta dva glavna pogoja: smiselna organizacija mreže in ustrezna komunikacijska sredstva.

Če hočemo celostno odgovarjati na vprašanje o pretoku informacij v socialni mreži, moramo upoštevati tudi globljo raven, kot je ona, ki jo opisuje pojem komunikacijskih kanalov. V tem primeru je odločilno temeljno antropološko vprašanje, kakšna sposobnost je v ljudeh, da se individualne človeške osebe lahko povezujejo v skupine in družbo, da se sporazumevajo, da komunicirajo. To vprašanje je navidez povsem enostavno, v resnici pa je med najbolj zapletenimi in najmanj pojasnjenimi vprašanji o človeku. Večina mislecev v človeški zgodovini se je ukvarjala s človekom kot posameznikom in tudi danes je precejšen del znanosti tako naravnani, preostali del pa je pozoren na družbo kot sistem, pri čemer je posameznik le enota, ne pa enkratna človeška oseba z ustvarjalnimi sposobnostmi. V socialni gerontologiji pa nikakor ne smemo mimo vprašanja o temeljni človekovi sposobnosti za medsebojno povezovanje. Misleci kot sta Martin Buber in Emmanuel Levinas, sodobna nevroznanost in podobni viri dajejo dobre informacije za raziskovanje te temeljne socialne zmožnosti za komuniciranje, ki je še zelo slabo raziskana. Naša dolgoletna pozornost nanjo je pokazala, da še niti strokovnega pojma nimamo, ki bi jo natančno opredeljeval; *občilnost* kot izpeljanka iz slovenske besede za komunicirati, to je občevati, se je pokazala kot primeren izraz zanjo.

Z vidika staranja in starosti presojamo socialne mreže v skupnosti po tem, koliko prispevajo:

1. k sodobnemu povezovanju generacij in kre- pitvi solidarnosti med njimi,
2. k pripravi na zdravo, dejavno in dostojan- stveno starost, oziroma življenje v tretjem življenjskem obdobju po upokojitvi,
3. koliko zmorejo na sodoben način oskrbovati onemogle, bolne in invalidne ljudi v njihovih skupnostih.

V starosti je človek še posebej občutljiv za njemu primerno ravnotežje med tem, da je neodvisen in samostojen, ter tem, da je sprejet pri svojcih, drugih ljudeh v svoji skupnosti in ustanovah. To ravnotežje se hitro zamaje, če star človek zboli, se poškoduje ali se mora preseliti iz svojega okolja. Ker tradicionalne socialne mreže za povezovanje generacij, kakovostno staranje in oskrbo v onemoglosti ne zmorejo več opravljati teh bistvenih nalog v skupnostih, nove socialne mreže pa še niso dovolj razvite, so mnogi stari ljudje osamljeni in izločeni na robove socialnih mrež. *Osamljenost* v starosti je ena hujših psi- hosocialnih nesreč za človeka, doživlja jo kot hudo krivico.

Inštitut Antona Trstenjaka se že več kot dve desetletji posveča razvijanju in terenskemu uvajanju sodobne *krajevne socialne mreže za kakovostno staranje in sožitje med generacijami*.

Spletena je iz več kot desetih novih programov za zadovoljevanje potreb, ki jih obstoječe socialne mreže ne dosegajo, npr. preprečevanje padcev v starosti, usposabljanje družinskih oskrbovalcev, prostovoljstvo za ustanavljanje in vodenje med- generacijskih skupin za kakovostno staranje, dru- žabništvo dijakov z upokojenci ob učenju rabe informacijsko-komunikacijske tehnologije ... Primeren organizacijski način za delovanje in razvoj te socialne mreže v skupnosti je *krajevno medgeneracijsko središče*.

Še jezikovna opomba. V sociologiji upo- rabljajo večinoma izraz *socialna omrežja*, ki pomeni sistem več socialnih mrež (podobno kot zvezda in ozvedja). Sociološko raziskovanje teži po uvidih v splošne zakonitosti družbe, večinoma na makro ali globalni ravni, zato se osredotoča na socialna omrežja v družbi; če pa raziskuje posamezno od njih, bi moralo upora- bljati pojem socialna mreža. Gerontologija je podobno kot socialno delo, pedagogika ali soci- alna psihologija pri raziskovanju in praktičnem delu z ljudmi v njihovi vsakdanji konkretnosti pozorno večinoma na konkretne socialne mreže in le redko na sistemsko povezanost socialnih mrež v omrežja.

Jože Ramovš



## SIMPOZIJI, DELAVNICE

## 20. IAGG SVETOVNI GERONTOLOŠKO-GERIATRIČNI KONGRES

Seul, Koreja, 23. do 27. junij 2013

*Mednarodno združenje za gerontologijo in geriatrijo (International Association of Gerontology and Geriatrics – IAGG)* ima poslanstvo spodbujati vrhunsko raven dosežkov gerontološkega raziskovanja in izobraževanja po vsem svetu ter sodelovati z drugimi mednarodnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami pri spodbujanju in uveljavljanju gerontoloških interesov. To poslanstvo je usmerjeno tako na svetovno raven kot na korist vsakega člana združenja. Spodbujati želi kar najvišjo raven kakovosti življenja starajočih se ljudi.

Začetek združenja sega v leto 1950, ko je bilo v Liegu v Belgiji osnovano Mednarodno združenje gerontoloških društev. V začetku julija tega leta je bil tam 1. svetovni gerontološki kongres, na katerem je sodelovalo 113 predstavnikov iz 14 držav. Pozneje se je združenje preimenovalo v Mednarodno združenje za gerontologijo, leta 2005 pa so na kongresu dodali imenu še geriatrijo; že ves čas je bilo namreč v ospredju spodbujanje geriatrije – medicinske veje, ki se posveča starejšim ljudem. IAGG deluje v tesni povezavi s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO).

Danes se IAGG deli na predstavnštva petih kontinentov: Evrope, Azije in Oceanije, Severne Amerike, Južne Amerike in Karibov ter Afrike, ki imajo svoje podružnice v več kot 64 državah po svetu in štejejo skupaj nekaj več kot 45.000 članov. Je ena izmed najvplivnejših organizacij na področju gerontologije in geriatrije, ki preko svojih predstavnštev po svetu bolj ali manj neposredno sodeluje pri oblikovanju politike

držav na področju staranja. Njena glavna naloga pa je organizacija svetovnih kongresov, ki potekajo na 4 leta v eni izmed držav članic, in številnih regionalnih kongresov, ki prav tako praviloma potekajo na 4 leta. Glavni cilj kongresov je izmenjava novega znanja na številnih področjih gerontologije in geriatrije ter vzpostavitve novih stikov in s tem možnosti za sodelovanje med strokovnjaki različnih držav in področij.

Za razvoj gerontologije so bili zelo pomembni zadnji svetovni kongresi IAGG. Na 18. v Riu de Janeiru v Braziliji (2005) je bila sprejeta zamisel programa *starosti prijaznih mest*, ki jo poznamo in uveljavljamo tudi pri nas. Pred njim je bil 17. gerontološki kongres IAGG v Vancouveru v Kanadi (2001) – Vancouver ostaja vsa ta leta v ospredju raziskovanja in praktičnih akcij na področju starosti. Leta 2009 je bil 19. svetovni kongres IAGG v Parizu, ki je prikazal temeljne razmisleke in dileme o razvojnih smereh gerontologije in geriatrije v prihodnjih letih. 20. svetovnemu kongresu IAGG, ki je bil leta 2013 v Seulu, je namenjeno to poročilo, 21. svetovni kongres IAGG pa bo leta 2017 v San Franciscu v ZDA; pred tem pa bo 8. regionalni evropski kongres IAGG leta 2015 v Dublinu na Irskem.

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje je aktivno sodeloval na dveh svetovnih in dveh regionalnih kongresih IAGG, večinoma kot edini slovenski zastopnik:

- 3 prispevke je imel na 19. svetovnem kongresu v Parizu – poročilo o njem je bilo objavljeno v naši reviji (*Kakovostna starost*, 2009, št. 3, str. 112-114) – na njem je imela prispevek tudi Zdravstvena fakulteta iz Maribora;
- 2 prispevka na 7. evropskem regionalnem 2011 v Bologni (poročilo o njem glej v *Kakovostni starosti*, 2011, št. 2, str. 65-69);

- posebne strokovne pozornosti je bil deležen referat o našem modelu prostovoljskega širiteljstva pri vodenju skupin za preprečevanje padcev v starosti na 9. azijsko-oceanijskem regionalnem kongresu 2011 v Melbournu v Avstraliji (poročilo o tem kongresu glej v *Kakovostni starosti*, 2011, št. 4, str. 77-87);
- na 20. svetovnem kongresu v Seulu, o katerem poročamo v tem prispevku, pa dva referata in en poster: o e-pismenosti starejših v Sloveniji in našem modelu e-opismenjevanja starejših, o potencialu socialnega gradienta pri obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni ter o našem modelu usposabljanja družinskih oskrbovalcev.

20. svetovni kongres IAGG je bil od 23. do 27. junija 2013 v Seulu v Južni Koreji. Udeležilo se ga je skoraj 1300 predstavnikov iz 86 držav. Preden nadaljujemo s poročilom o nekaterih pomembnih kongresnih vsebinah, se kratko ustavimo pri gostiteljici kongresa, Južni Koreji.

## JUŽNA KOREJA – GOSTITELJICA 20. SVETOVNEGA KONGRESA IAGG

Južna Koreja in samo mesto Seul sta del sveta, ki bi ga najlaže opisali z besedama skladno nasprotje. S kulturo, tradicijo in zgodovino prepojeno mesto utripa z ritmom, ki je velikokrat hitrejši in v nekaterih pogledih nemara celo modernejši od našega, pa vendar je stoletja stara budistična miselnost pustila pečat tako na ljudeh, ki so se sredi vrveža pripravljani ustaviti, si vzeti čas in tujcu v miru pokazati pot, kakor tudi v arhitekturi, ki vsem svojim nasprotjem navkljub daje občutek skladnosti.

Južna Koreja ima približno 51 milijonov prebivalcev, preračunano na površino države 511 prebivalcev/km<sup>2</sup>. Tako kot v večini razvitih držav največji del prebivalstva – to je 10 milijonov ljudi, oziroma skoraj 20 % – živi v glavnem mestu Seulu in njegovi okolici. Standard države in BDP, ki znaša 1,16 trilijona USD, sta primerljiva s standardom in ekonomijo evropskih držav; še več,

skupaj s hitro ekonomsko rastjo uvrščata Južno Korejo v sam vrh svetovne ekonomije. Vendar se podobnost med Južno Korejo in Evropo ne konča le pri materialni blaginji, tehnološkem napredku in načinu porazdelitve prebivalstva, ampak se na žalost širi tudi na paleta težav in izzivov, s katerimi se srečujemo. Južna Koreja je ena najhitreje starajočih se držav na svetu. Zaradi ekonomskega razvoja in s tem povezane blaginje, vse višje stopnje izobrazbe in politike načrtovanja družin, usmerjene v enega otroka, ji je v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja naglo upadla rodnost. Vse boljši zdravstveni sistem pa je pripomogel k podaljševanju pričakovane življenjske dobe. Demografska piramida je s tem naglo dobila podobo demografskih slik razvitih držav. Vendar se nagel upad rodnosti ni zaustavil. V letih med 2005 in 2011 je bila Južna Koreja z rodnostjo 1,21 otroka na žensko ena izmed držav z najnižjo stopnjo rodnosti na svetu. Samo v zadnjih 18 letih se je delež starih ljudi podvojil iz 5 % na 10 %, s čimer so v hitrosti staranja prebivalstva prehiteli Japonsko, ki velja za državo z najstarejšim prebivalstvom na svetu.

Južna Koreja pa je tudi ena izmed vodilnih držav v tehnološkem razvoju. Samsung, Kia in številni drugi južnokorejski proizvodi preplavljajo evropski trg in postajajo vse bolj nepogrešljiv del našega vsakdana. Tako ni nenavadno, da je bila ravno digitalna tehnologija pod naslovom *Digitalno staranje – novo obzorje za zdravo in aktivno staranje* osrednja tema 20. Svetovnega gerontološkega in geriatričnega kongresa.

Tako kot je bilo nekoč v razvitem svetu za vključenost ljudi v vsakdanje življenje nujno opismenjevanje, danes postaja vse očitnejše, da je s hitrim napredkom računalniške in informacijske tehnologije vključenost v družbene sisteme vse težja, če človek ni elektronsko pismen. Še pred leti veljavna miselnost, da za našo staro generacijo elektronska nepismenost ne bo pomenila težave, saj bodo v času, ko bo ta nujno potrebna, že mrtvi, se je pokazala za povsem

napačno. Poglejmo samo bančništvo: kdo si je pred desetimi leti predstavljal, da bomo danes večino svojih bančnih storitev lahko urejali elektronsko od doma, da bomo izpiske o izdatkih in položnice prejeli po elektronski pošti in plačevali preko interneta ter da se bodo zaradi tega dodatno skrajšali obratovalni časi bank. Podobno velja za zdravstvo, državne urade in trgovino, da ne omenjamo informacijskega in telekomunikacijskega sistema, ki bolj ali manj hitro postajajo vse bolj digitalizirani in od svojih uporabnikov – tudi starejših – vse večkrat zahtevajo vsaj osnovno elektronsko pismenost. O tem in podobnih temah je bilo govora na Svetovnem kongresu v Seulu.

## AKTIVNO STARANJE

Pod naslovom *Politika za vse starosti?* se je odvijalo plenarno predavanje, ki ga je imel Alan Walker, priznan sociolog (*University in Sheffield*, Velika Britanija). Ker imajo njegovi pogledi velik vpliv na oblikovanje evropskih in svetovnih strategij o vprašanih starosti ter staranja, povzemamo njegov prispevek na kongresu v celoti.

V uvodu je Alan Walker navedel naslednji izhodišči:

1. Aktivno staranje ima potencial, da prepreči mnoge negativne učinke staranja na individualni, organizacijski in societalni razsežnosti, če je celovito in vključujoče.
2. Aktivno staranje lahko radikalno izboljša dobro počutje v poznem obdobju življenja, če temelji na preventivi (pred očmi je potrebno imeti celoten potek življenja) in ponotranjnjemu nove vizije staranja.

Geneza aktivnega staranja se je po avtorjevem mnenju začela z *aktivnostno teorijo* (1950) in nadaljevala s teorijo *uspešnega staranja* (1970), v osemdesetih letih je bila v ospredju teorija *produktivnega staranja*. Sodobni koncept *aktivnega staranja* se je razvil v poznih 90. letih. Perspektiva aktivnosti se je razvila iz stališča, da večje število optimalnih virov in vlog, ki jih posamezniki

vključujejo v življenje na stara leta, pomaga pri zoperstavljanju demoralizirajočemu odnosu do starosti, pridobljenem v času odraščanja (Blau, 1973). Aktivizem promovira socialno in psihološko zdravje in dobro počutje. Posameznik naj bi kompenziral izgube v procesu staranja s polnim življenjem na področjih, ki jih še zmore. Vloge in aktivnosti, ki so pomembne za starost, se oblikujejo že v srednjih letih. Aktivnostna teorija je doživljala številne kritike, ker poenostavlja zmožnosti starejših in je naivna enačba za aktivnosti. Ta teorija je blizu ameriškim pogledom na norme in vrednote, je poudaril avtor prispevka. Starih ljudi ni mogoče homogenizirati, celo obratno, starejši ljudje se z leti med seboj vedno bolj razlikujejo.

Aktivnosti dobro vplivajo na počutje starejših ljudi. Telesna dejavnost je pozitivno povezana s psihološkim dobrim počutjem v starosti, poveča ravnotežje in zmanjša padce v starosti. Vaje za moč lahko pripomorejo k počasnejšemu upadanju mišične mase, kar velja tudi za zelo krhke stare ljudi. Zaposlenost v poznejšem življenju (59-69 let) prispeva k boljšemu počutju. Aktivnost je torej ključnega pomena za kakovost življenja starih ljudi.

Aktivno staranje je optimiziranje možnosti za zdravje, vključenost in varnost, da bi izboljšali kakovost življenja v procesu staranja (SZO, 2002). Avtor prispevka je omenil tudi Madridski mednarodni akcijski plan staranja, v katerem je poudarjen pomen vključevanja starih ljudi v vse plasti družbenega dogajanja.

Alan Walker je menil, da dileme aktivnega staranja izvirajo iz dveh polov politične kontinuitete. Prvič: delati dalj časa. To je ozka usmeritev, ki vključuje zaposlovanje in starejše delavce. Drugič: aktivno se starati. To je usmeritev, ki zajema celovit in večdimenzionalen pogled in vključuje opolnomočenje človekovih potencialov v vseh obdobjih življenja. Ključni elementi aktivnega staranja so še: življenjsko obdobje, preventiva, staranje kot neizogibno, toda z različnimi

možnostmi, heterogenost v procesu staranja in raznolikost starih ljudi, vzdrževanje funkcionalnih zmožnosti skozi celotno življenjsko obdobje. Avtor je svoj pogled utemeljil z mislijo, da imajo v mladosti vsi ljudje približno enake funkcionalne kapacitete. V obdobju srednjih let začne večina zmožnosti upadati, med ljudmi nastajajo vedno večje razlike, ki se s starostjo še stopnjujejo.

Da bo starejši človek lahko čim dlje aktiven, je tudi v poznih letih pomembno dobro obvladovanje kroničnih bolezni in rehabilitacija, ker povečujeta možnost za nadaljevanje kakovostnega življenja v pozno starost. Zdrav sedemdesetletnik ima 54 % možnosti, da bo živel do devetdesetega leta, če pa ima kronične nenalezljive bolezni in slab življenjski slog, se mu življenje zelo skrajša. Gibanje bistveno pripomore k večji vitalnosti in celovitemu zdravju. Ob boleznih se zmanjša funkcionalnost, skoraj vedno pa so možne nove prilagoditve na nova stanja. Alan Walker je ta del svojega predavanja zaključil s parolo, ki jo je občinstvo prijazno pozdravilo: Živi dlje in bolj zdravo ter hitro umri!

Vendar se ob tem postavlja temeljno vprašanje, ali je življenje vredno le, dokler ga je človek sposoben živeti aktivno? Ali ima potemtakem življenje samo po sebi še kakšno vrednost? Na Inštitutu Antona Trstenjaka menimo, da ima življenje v vsakem obdobju in stanju svoj smisel (prim. Viktor Frankl, *Psiholog v taborišču smrti*), da so krhki starostniki učilnica empatije in solidarnosti; razvijamo programe za ohranjanje človekove integritete in dostojanstva do njegovega naravnega konca.

Alan Walker je poudaril tudi pomen široke preventive, ki jo je označil z naslednjimi pojmi: življenjski slog, vzgoja in izobraževanje, možnosti, spodbude, javno zdravje in zdravstvena oskrba ter vključujoče okolje, kamor sodi arhitektura, transport, šolstvo, delovni pogoji, kultura in šport, varnost, fizična podpora in elektronska pismenost. Dobro kakovost življenja zagotavljajo: vzdrževanje zdravja in neodvisnosti, socialne

dejavnosti in gojenje dobrih odnosov, sosedstvo, varna področja ter preskrbljenost s servisi.

Predstavil je svoje odgovore na izzive staranja ter jih poimenoval *celovita, večnivojska strategija*. S pristopom aktivnega staranja je vanjo vključil spopadanje z neenakostjo starejših ljudi in z njihovo socialno izključenostjo na različnih področjih (zdravje in zdravstveno varstvo, prehrana, prihodki, življenjsko okolje, socialna participacija itd.). Po njegovem mnenju je potrebno še bolj razviti menedžment staranja. Finančna sredstva, ki so namenjena zdravljenju, je potrebno prerazporediti bolj v preventivo in promovirati zdravje skozi vse življenje. V ospredju naj bodo: dobro počutje, duševno zdravje, dejavne krajevne skupnosti in participacija starejših v njih. Socialnovarstvene storitve je potrebno širiti z informacijsko komunikacijsko tehnologijo (IKT), npr. z varovanjem na daljavo. Spodbujati je potrebno medgeneracijske dejavnosti, kot so skupno kolesarjenje, hoja, plavanje itd. Izboljšati je potrebno dostopnost storitev in dejavnosti za vse starosti.

Da bo mogoče uspešno odgovarjati na potrebe starajoče se družbe, je potrebno v ta prizadevanja vključiti ljudi vseh starosti, okrepati na vseh političnih ravneh, prepoznavati neenakosti v staranju in jih upoštevati, pozornost je potrebno nameniti specifičnim potrebam spolov, širiti pristop opolnomočenja ter spoštovati kulturno raznolikost.

Na koncu svojega prispevka je poudaril pomen raziskovanja na področju aktivnega staranja. Področja, ki jih je še posebej izpostavil, so: zdravo staranje, dom in krajevna skupnost, biogerontologija, neenakosti, socialna zaščita, vključenost in socialna participacija, duševne zmožnosti. Pri tem je pomemben holistični pristop v raziskovanju, multidisciplinarna znanost in upoštevanje enovitosti življenja (*life course perspective*) ter končnih uporabnikov.

Alan Walker je med svojim predavanjem zelo poudarjal pomen pogleda na starejše ljudi skozi

perspektivo enovitosti življenja, kar pomeni, da gledamo na stare ljudi celovito, da prepoznavamo in upoštevamo zdrave aktivnosti, ki so jih v življenju že gojili in jih kljub boleznim in starosti še gojijo. Prepričan je, da se bomo tako izognili pogledom na stare ljudi skozi prizmo krhkosti in drugih neprijetnih stvari, ki se dogajajo v povezavi s starostjo (staranje kože, kosti, upadanje telesnih sposobnosti, daljši reakcijski čas ...). Naše mnenje je, da bo to mogoče le, če bodo mlajše generacije že od vrtca naprej vzgojene v duhu celovitega pogleda na stvari in ljudi. Današnja vzgoja je namreč fragmentirana, tudi poklicne usmeritve so zelo specializirane; okoliščine torej niso naklonjene celostnemu pogledu na karkoli, kaj šele na stare ljudi. Za medgeneracijsko sožitje pa je dejansko nujno, da v vzgojo na vseh ravneh ponovno vpeljemo holistični pogled na človeka in vso stvarnost ter tako povečamo možnosti za medsebojno spoštovanje ne glede na starost, kar je temelj dobrega sožitja.

Znotraj koncepta *aktivnega staranja* se morda skriva tudi past, da bodo starejše generacije razvile tekmovalen odnos do mlajših generacij in do njihovih potreb, kar bi bilo v škodo celotne družbe.

## OSKRBA STAREJŠIH

Na kongresu so bili predstavljeni številni prispevki s področja vzdržnosti sistemov dolgotrajne oskrbe. Razvite države se spopadajo s težavami, kako v razmerah starajočih se družb in padanju BDP še zagotavljati primeren obseg oskrbe. Udobnost in varnost starih ljudi naj bi v prihodnje, bolj kot sedaj, krojil prosti trg storitev, posledica tega pa bo verjetno še večja neenakost v kakovosti življenja starih ljudi. Dilem torej ne manjka, spopadanje z izzivi starajočih se družb bo težavno in dolgotrajno. Referati so oskrbo starejših obravnavali s treh vidikov: družinske in druge neformalne oskrbe, oskrbovalnih sistemov in zagotavljanja vzdržnosti dolgotrajne oskrbe. V nadaljevanju bomo prikazali nekatere prispevke iz navedenih področij.

### 1. Družinska in druga neformalna oskrba

Predstavljena je bila zanimiva primerjalna študija o družinskih oskrbovalcih in družinski oskrbi pod naslovom *Med zaposlitvijo in oskrbo – Konflikt ali možnost?* Financirala jo je Volkswagen Foundation. Prikazana je bila študija o zaposlenih družinskih oskrbovalcih iz štirih držav: Nemčije, Italije, Velike Britanije in Poljske, ki sta jo predstavila Jolanta Perek-Bialas in Andreas Hloff.

V uvodu v raziskavo sta navedla, da države EU spodbujajo zaposlenost v podaljšanem življenjskem obdobju, da se ohrani vzdržnost blaginje držav in tržna tekmovalnost globalizacijske ere. Istočasno, ko se povečuje dolgoživost in pada rodnost, se potreba po oskrbovanju starejših močno veča. Rezultat teh sprememb bo, da bo generacija v starosti med 45 in 59 let v naslednjih tridesetih letih zelo obremenjena, tako s poklicnim delom kot z varstvom starejših družinskih članov. Ta starostna skupina že sedaj izvaja večino neformalne oskrbe brez adekvatne družbene podpore. Glede na Eurofemcare študijo je 40 % oskrbovalcev v Nemčiji, Angliji in na Poljskem zaposlenih.

Družinski oskrbovalci so po definiciji osebe, ki nudijo brezplačno oskrbo ljudem s kroničnimi boleznimi, invalidnostjo ali drugo dolgotrajno zdravstveno ali varstveno potrebo izven formalne in profesionalne oskrbe (*Eurocarers definition*). Oskrbo nudijo na področjih telesne pomoči, instrumentalne podpore, gospodinjstva, duševne opore ter organizirajo drugo pomoč; izvzeta pa je finančna pomoč.

V sodelujočih državah so raziskali družinske oskrbovalce, ki so stari 60 let in več, ter so zaposleni še najmanj 10 ur tedensko. V navedenih štirih državah so jih zajeli po 50 do 60, odgovarjali so na delno strukturirane vprašalnike.

Raziskava je pokazala, da enake probleme rešujejo v različnih državah zelo različno. Najbolje usklajujejo zaposlitve in oskrbovanje starejših v Veliki Britaniji, nekoliko slabše v Nemčiji in še

slabše v Italiji, medtem ko na Poljskem podjetja nimajo ukrepov za usklajevanje službenih obveznosti in domače oskrbe starih ljudi. V Nemčiji imajo zakonske osnove v aktu o zdravstveni negi in v aktu o družinskem varstvu. V Veliki Britaniji imajo družinski oskrbovalci legalno pravico do fleksibilnega delovnega časa, v Italiji imajo pravico izkoristiti tri plačane dneve na mesec, medtem ko na Poljskem ni zakonskih podlag za kombiniranje službenih in domačih obveznosti.

Medtem ko je za Nemčijo in Veliko Britanijo značilna kombinacija formalne in neformalne oskrbe, prevladuje v Italiji in na Poljskem neformalna oskrba. V Italiji, kot je splošno znano, premožnejše družine najemajo oskrbovalke iz vzhodne Evrope. Medtem ko so razlike v zakonodaji in pristopih delodajalcev do zaposlenih, ki oskrbujejo svojce, pa ni razlike pri doživljanju plusov in minusov domačega oskrbovanja. Minusi so: a) na delovnem mestu težave s koncentracijo, utrujenost in stres; b) v družini trpijo medsebojni odnosi, premalo je časa za otroke in vnuke; c) osebno trpi telesno in duševno zdravje, zmanjša se število socialnih stikov, finančno breme so razni servisi za pomoč na domu. Plusi oskrbovanja pa so: osebnotna rast, nove pridobljene veščine, izboljšani odnos z oskrbovanim svojcem, nova kakovost življenja. Smisel življenja se zaradi oskrbovanja starih družinskih članov bolj poveča družinskemu oskrbovalcu v Nemčiji in Angliji, medtem ko se poljskim oskrbovalcem poveča doživljanje zadovoljstva ob izpolnjevanju njihovih dolžnosti.

V vseh štirih narodih so oskrbovalci poročali o pomanjkanju časa zase, stresu, telesnih in duševnih poškodbah in družinskih konfliktih. Vzrok razlik med italijansko-poljskim in nemško-britanskim vzorcem je morda način ločevanja javne in zasebne sfere življenja. V Italiji lahko dobijo oskrbovalci tri dni plačanega dopusta za oskrbovanje, če ne živijo z oskrbovancem na istem naslovu, v Veliki Britaniji osemnajst tednov na leto ter fleksibilni delovni

čas, v Nemčiji omogoča LTCI (*long term care insurance* – zavarovanje za dolgotrajno oskrbo) *oskrbovalni dopust* do šest mesecev in deset dni ob nastopu nujnega stanja. Težava je le v tem, ker se ne da vnaprej predvideti, kdaj bo potreben tak dopust, zakon pa predvideva planiranje. Težave so zaenkrat tudi še v tem, da oskrbovalci pogosto ne poznajo dobro vseh možnosti, ki jim jih dovoljuje zakon. V Veliki Britaniji obstaja možnost fleksibilnega dela, kar pa ni nujno, da delodajalec sprejme. Država nudi veliko ugodnosti tako oskrbovancem kot oskrbovalcem, največje področje konfliktov pa povzroča ocenjevanje potreb in zmožnosti oskrbovalcev in oskrbovancev. V praksi nastaja veliko ovir pri uveljavljanju pravic do nege in oskrbe v vseh sodelujočih državah.

Najpogostejši vir pomoči so poklicni oskrbovalci, ki jih zagotavljajo centri za socialno pomoč. Anketiranci so izražali mešane občutke do količine in kakovosti takšne oblike pomoči. Nekaj družin, ki so sodelovale v raziskavi, je uporabljalo dnevne centre, vendar so imeli pogoste težave s prevozom in lokacijo teh centrov. Domovi za stare ljudi so zelo nepriljubljena oblika oskrbe starejših; močno je prepričanje, da morajo svojci zagotoviti primerno oskrbo onemoglemu družinskemu članu. V Nemčiji in v Veliki Britaniji se oskrbovalci poslužujejo javne in zasebne oskrbe, odvisno od njihove dosegljivosti. Mnogo pritožb je na račun zasebnih agencij, ki zelo menjajo osebe in so zelo drage. V nekaterih primerih so družine same zaposlile oskrbovalce, s katerimi so praviloma zadovoljni. V Italiji jih ima več kot polovica zaposlene migrante, ki živijo skupaj z oskrbovancem in jim zagotavljajo varnost. Tudi v Nemčiji so za domačo oskrbo zaposleni migranti, vendar veliko redkeje kot v Italiji in so praviloma plačani na uro.

Zavarovalnina po zakonu o dolgotrajni oskrbi v Nemčiji je zelo pomemben finančni vir za domačo oskrbo. Kljub temu pa oskrbovalci niso bili mnenja, da država dobro skrbi za njihove potrebe. Ena od določil tega akta je tudi možnost

koriščenja deset neplačanih dni za zaposlene družinske oskrbovalce, vendar se tega v praksi redko poslužujejo.

Dve vprašanji sta se nanašali na doživljanje oskrbovanja. Glasili sta se: *Ali zaposleni družinski oskrbovalci doživljajo oskrbovanje kot pomembno?* in *Ali jim oskrbovanje nudi osebno zadovoljstvo?* Na prvo vprašanje je 90 % italjanskih anketirancev odgovorilo pritrdilno, poljskih 100 %, angleških 90 % ter nemških malo pod 80 %. Na drugo vprašanje so odgovorili pritrdilno italijanski anketiranci komaj 30 %, nemški le malo pod 40 %, angleški 45 % in poljski 85 %.

Predstavljena je bila tudi analiza podatkov o družinski oskrbi iz raziskave SIIARE, ki je zbrala podatke o zaposlenih oskrbovalcih, starih nad 50 let. Nekateri rezultati iz te analize (2009) so zanimivi v tem kontekstu, zato jih navajamo. Samo tretjina oskrbovalcev evropskih držav je zaposlena ali samozaposlena. Med njimi je velika razlika, saj imajo zaposleni višje dohodke, hkrati pa veliko več ovir pri nujenju vsakodnevne nege ter drugih oblik pomoči. Najbolj trpi njihov prosti čas in so pod močnim stresom. Posebno so ogroženi zaposleni oskrbovalci med petdesetim in šestdesetim letom starosti, kar se kaže v povečanem bolniškem staležu, zmanjšanju opravljenih delovnih ur v povprečju za 30 %, zgodnjem upokojevanju (vzhodne EU države), predčasnem prenehanju delovnega razmerja (v Nemčiji npr. za 20 %).

Na kongresu smo bili posebno pozorni na raziskave iz evropskega prostora, ker so za nas relevantnejše od drugih, pozorno pa smo prisluhnili tudi drugim predstavitev, kolikor se je to dalo glede na ogromno število prispevkov na kongresu. V nadaljevanju na kratko predstavljamo stanje neformalne oskrbe v državi gostiteljici, to je Južni Koreji, in njeni sosedi Japonski, ki zaradi najvišjega odstotka starih ljudi na svetu velja za super staro državo.

**Razvijanje domače oskrbe s pomočjo IKT** (I Hyun-Sook Chang, *Namseoul University Korea*)

je bil naslov prispevka, ki je osvetlil stanje domače oskrbe v Južni Koreji. V tej državi hitro narašča število starih ljudi. V letu 2008 so sprejeli nacionalni sistem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, zato narašča število organizacij, ki izvajajo oskrbo na domu. Od leta 2008 imajo nove nacionalne kvalifikacije za izvajanje oskrbe starejših. Leta 2010 je bila Južna Koreja na vrhu držav z dostopom do interneta, kljub temu pa ga družinski oskrbovalci in starejši zelo malo uporabljajo. Pri tem naj poudarimo, da imajo podobne težave kot pri nas v Sloveniji, kjer je dostopnost do interneta visoka, uporaba med starejšimi pa nizka. Rešitev vidijo v sistematičnih povezavah med oskrbovalnimi centri in družinskimi oskrbovalci. Tudi Inštitut Antona Trstenjaka je v svojem prispevku prikazal, kakšno je stanje in kakšne so potrebe na področju družinske oskrbe, toda več o tem v nadaljevanju.

**Right Time Place Care** je bil EU projekt, ki ga je Witten/Herdecke Univerza v sodelovanju z nekaterimi drugimi EU partnerji izvajala v letih 2010 do 2013. Njegov namen je bil priprava priporočil za ravnanje z dementnimi ljudmi in pomoč svojcem ob prehodu iz oskrbe na domu v institucionalno dolgotrajno oskrbo, kar je velik izziv za vse vpletene: samega starca človeka z demenco, njegovo družino in poklicne oskrbovalce. Raziskovalci so to obsežno raziskavo oseb z demenco in njihovih neformalnih oskrbovalcev izvedli po metodi kvalitativnih intervjujev v poizvednih (fokusnih) skupinah ter opravili strokovne razgovore; raziskovani par oskrbovanca z demenco in njegovega neformalnega oskrbovalca je tvoril raziskovalno enoto. Samo v Nemčiji so intervjuvali 235 parov, vseh skupaj je bilo vključenih blizu 1000. V tej raziskavi so podrobno opisali trenutno stanje v sodelujočih državah.

Stanje demence so razdelili na tri stopnje:

1. *Zgodnja stopnja*: blaga demenca, simptomi so že jasni, oseba z demenco še obvladuje svoje življenjske aktivnosti ob majhni podpori svojega okolja.

2. *Srednja stopnja*: simptomi so že toliko izraziti, da oseba potrebuje dnevno pomoč, pogosto iz javnega sistema socialne oskrbe in zdravstvene nege.

3. *Pozna stopnja*: simptomi bolezni so že takšni, da oseba z demenco ne more več ostati sama brez nadzora. V tej fazi je potrebno zagotoviti ustrezne oblike institucionalnega bivanja. Glede oskrbovanja bolnikov z demenco so bili predstavljeni nekateri pomembnejši izsledki, ki jih v celoti navajamo.

- Usposobljeno, čim bolj stalno osebje, ki pozna zgodovino dementne osebe in jo spremlja skozi vse tri stopnje razvoja demence.
- Zgodnje diagnosticiranje demence za doseganje optimalne oskrbe. To je pomembno v zgodnji in delno srednji stopnji razvoja bolezni, medtem ko v pozni stopnji diagnosticiranje nima učinka na kvaliteto oskrbe.
- Dnevno (oziroma nočno) varstvo za osebe z demenco in podpora oskrbi na domu je ustrezna v prvi fazi razvoja demence, konec druge faze demence ter do polovice tretje faze je pogojno ustrezna.
- Izmenjava informacij med osebjem o osebni oskrbi konkretnih dementnih ljudi je pomembna malo dalj kot do konca druge stopnje bolezni.
- Sodelovanje sorodnikov in drugih bližnjih zagotavlja kakovostno pomoč na vseh stopnjah bolezni. Dokler človek še sam za silo obvladuje svojo bolezen in je deležen pomoči na domu, sta pomoč in podpora svojcev potrebni zgolj ob posebnih dogodkih. Sčasoma pa potreba po pomoči svojcev narašča in je nujno potrebna pri zagotavljanju kakovostne oskrbe v poznih stopnjah razvoja bolezni.

Eden izmed glavnih zaključkov raziskave je, da potrebujejo svojci dementnih bolnikov ustrezne informacije na vseh stopnjah razvoja bolezni, največ podpore pa potrebujejo na tretji stopnji razvoja bolezni, ko je pomoč najbolj nepogrešljiva in najtežja.

## 2. SISTEMI OSKRBE

*Japonska* je superstara država, saj ima 23,1 % ljudi, ki so stari nad 65 let. 16 % od teh potrebuje podporo ali oskrbo. Od teh jih je v institucionalnem varstvu 22 %, v krajevnih skupnosti pa jih živi 78 %. Servisov za dolgotrajno oskrbo se poslužuje 68 % ljudi, 10 % se je ne poslužuje, za druge ni podatkov. Profesionalni oskrbovalci nudijo oskrbo 13 % starim onemoglim ljudem, v 74 % pa zanje skrbijo družinski člani. Ženske nudijo pomoč v 74 %, moški v 13 %. Več kot 70 % starejših ljudi pričakuje, da bodo ostali doma, tudi ko bodo postali onemogli. 80 % ljudi, ki ima potrebe po storitvah zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, živi v domačih krajevnih skupnostih, večina od njih je deležna tudi družinske oskrbe. Storitve zavarovanja za dolgotrajno oskrbo vključujejo: dnevno varstvo, vrsto servisnih storitev, ki nudijo varstvo, oskrbo in rehabilitacijo na domu, varstvo za oddih (respitno varstvo) – to je kratkotrajna nastanitev v domu za stare in v drugih ustreznih ustanovah, medicinsko-tehnične pripomočke ter izboljšave stanovanja za življenje v starosti.

Univerzalno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je bilo na Japonskem sprejeto leta 2000 in vključuje v skupnosti temelječo oskrbo in domove za stare ljudi. Družinske oskrbovalke so v glavnem ženske. Pomembno je sorodstveno razmerje med oskrbovalcem in oskrbovancem ter zakonski stan. Najpogosteje oskrbujejo poročene hčere in snahe, v načinu oskrbe med njimi ni razlik. Pogosti oskrbovalci so tudi možje ali žene ter samski sinovi. Pomembni podatki za pridobivanje javne oskrbe so tudi podatki o sobivanju, o družinski podpori, finančni situaciji in zaposlenosti domačih oskrbovalcev.

Do 1999 je večino oskrbe nudila družina. Po sprejetju zakona o dolgotrajni oskrbi pa je prevladala družbena skrb za starejše, porast starega prebivalstva in zmanjšana ekonomska rast pa sta pripomogli k skupnostni oskrbi starejših. Prikazan je bil model integrirane skupnostne oskrbe starih ljudi v kraju z 10.000 prebivalci. Zanj je



značilno, da je v kraju manjši dom za dolgotrajno oskrbo starih ljudi, v katerem lahko stalno biva po principu gospodinjskih skupin od 16 do 37 ljudi, hkrati pa so pod isto streho združene tudi druge dejavnosti, kot so dnevno varstvo, začasno varstvo, center za dolgotrajno oskrbo z okoli 360 zaposlenimi; njegovi zaposleni izvajajo oskrbo tako na domovih oskrbovancev kot tudi v lokalnem domu za stare ljudi. Zdravstvena oskrba deluje ločeno od socialne in pokriva zdravljenje ter nego bolnikov. Na 10.000 ljudi je opravljenih 17 do 29 zdravniških obiskov na domu, dvakrat toliko jih oskrbijo medicinske sestre.

Veliko udeležencev na kongresu je bilo s **Kitajske**, prostrane države, ki se naglo urbanizira in kjer potekajo hitre spremembe, posledično pa nastajajo neskladna družbena stanja. Družine so še zelo tradicionalne, obenem pa majhne. Otroci in starši pogosto ne živijo več skupaj, mladi težijo k individualizaciji (ki je drugačna od naše zahodne), so računalniško pismeni, oblikujejo se mnoge subkulture med mladimi, kapitalizem dobiva na moči in vedno bolj vpliva na neenakost v družbi. V nadaljevanju bomo prikazali povzetke različnih avtorjev, ki jih zaradi njihove množičnosti in zelo podobnih demografskih in družboslovnih vsebin ne bomo navajali poimensko.

Tradicionalne, na družini temelječe oblike pomoči na Kitajskem naglo usihajo, posebno v hitro rastočih urbanih predelih. Kitajska ima trenutno malo manj kot 14 % prebivalstva starega nad 60 let. V socialno varstveni sistem je vključenih polovica starejših od 60 let (to velja za urbana okolja). Zelo hitro narašča število starejših, ki živijo sami ali pa z zakoncem, upada pa število starejših, ki živijo v razširjeni družini svojih otrok. Vse to je posledica velike spremembe vrednot, nizke rodnosti in povečane mobilnosti. Ker je nejasno, kako našteje spremembe vplivajo na medgeneracijske prenose, so si raziskovalci postavili naslednja vprašanja: *Kakšen je vzorec življenjskega okolja starejših Kitajcev? Kako*

*življenjsko okolje starejših vpliva na medgeneracijske prenose?* Na reprezentativnem vzorcu so raziskovali, koliko nad 60 let starih ljudi živi samih, koliko jih sobiva z otroki in koliko so otroci oddaljeni od njih. V šestih letih je upadlo sobivanje z otroki za 7,5 %, za 9 % pa se je povečalo sobivanje s zakoncem. V urbanih področjih večina mladih ostane v isti provinci, po 75. letu starosti se starši in odrasli otroci v več kot 80 % odločijo za sobivanje. Na podeželju je delež otrok, ki živi s svojimi starši, večji in bo tudi v prihodnje tvoril steber socialne varnosti starejših.

### 3. VZDRŽNOST DOLGOTRAJNE OSKRBE

Svein Olav Daatland iz Norveškega raziskovalnega centra iz Osla (*Norwegian Social Research*) je predstavil **Vzdržnost skandinavskih sistemov oskrbe**. V uvodu je norveški sistem primerjal z drugimi modeli dolgotrajne oskrbe v Evropi. Za Norveško je značilna zelo visoka stopnja javnega financiranja, ki znaša 86 %; to je 2,3 % BDP. Glavni instrument pomoči so razni servisi; v Nemčiji, ki nameni dolgotrajni oskrbi 1,4 % BDP, pa je glavni instrument denarna pomoč oskrbovancem za oskrbo. Teoretično skandinavski model zavarovanja za dolgotrajno oskrbo temelji na Bismarck-Beveridge, Espring-Andersen (1990, *Welfare state regimes*) in na Castlesu (1993, *Family of nations*). Socialni model oskrbe pa so teoretično utemeljili Anttonen and Sipilä (1996, *Public service model*), Leitner (2003), Bettio and Plantenga (2004) ter Saraceno (2010, *Familizem*). Med petdesetimi in sedemdesetimi leti prejšnjega stoletja je Norveška dobila podoba države blaginje, oskrba starejših se je v veliki meri institucionalizirala. Med osemdesetimi in devetdesetimi leti je Norveška prenesla določene obveznosti države za dolgotrajno oskrbo na lokalne skupnosti, sledila je deinstitucionalizacija, skupnostna pomoč in pomoč na domu. Od leta 2000 potekajo spremembe v smeri javno-privatega partnerstva ter privatizacija. Trg preplavlja državo, v ospredju so finančni interesi. Ob iskanju

izhodišč za trajnost države blaginje, se pojavlja vrsta dilem, med drugimi: Ali bo potrebno še najprej zmanjševati ambicije države blaginje? Ali bi bilo potrebno poostriži dostop do pravic dolgotrajne oskrbe ali znižati standarde? Ali bi bilo potrebno povečati davke za dolgotrajno oskrbo in ali bo potrebno povečati zasebno porabo? Medtem ko je osnovna dilema kontinentalnih držav, kako podpreti šibko in majhno družino, da bo vodilna sila pri oskrbi starejših, je za skandinavске dežele največja dilema, ali bodo mlajše starostne skupine vzdrževale državo blaginje, za kar so potrebni visoki davki, in ali bo uspela pridobivati zadostno število oskrbovalcev.

V okviru istega simpozija so bile prikazane tudi **Nizozemske dileme o vzdržnosti dolgotrajne oskrbe**. S staranjem prebivalstva se povečujejo državni stroški dolgotrajne oskrbe kot tudi zasebnih zdravstvenih zavarovalnic. Dolgotrajna oskrba na Nizozemskem sloni na štirih temeljih:

1. neformalni – družinska oskrba in socialne mreže,
2. zdravljenje – zasebne zdravstvene zavarovalnice in na podlagi Akta o zdravstvenem zavarovanju,
3. podpora – občine in socialno varstveni zakon,
4. oskrba – državno zavarovanje in zakon o posebnih zdravstvenih izdatkih.

Vizija dolgotrajne oskrba na Nizozemskem vključuje staranje v skupnosti, opolnomočenje starejših ljudi in njihovih socialnih mrež ter institucionalno dolgotrajno oskrbo najbolj krhkih starih ljudeh. Pomembna se jim zdi sprememba vlog. Starejši ljudje, ki so odvisni od drugih, naj bi postali sposobni, da si sami organizirajo zadovoljevanje svojih potreb. Na socialnem področju bo potreben premik iz dodatne oskrbe na osnovno oskrbo. Lokalne skupnosti naj bi prevzele nego starejših, namesto specialističnega zdravljenja, naj bi večina zdravljenja izvajali družinski zdravniki. Dejavnosti države blaginje naj bi v prihodnje prevzemale lokalne skupnosti in neformalna oskrba. Tako naj bi se dolgotrajna

oskrba, ki jo financira država, zmanjšala do leta 2017 iz dosedanjih 93 % na 60 %.

Med zgoraj navedenima študijama pove nizozemska manj jasno od skandinavske, kako bo dolgoročno zagotavljala preskrbljenost in dostopnost potrebnih servisov za oskrbo na domu.

## STAROSTI PRIJAZNA MESTA

Svet za staranje (COA) je pobudnik za **Starosti prijazna mesta in skupnosti v Kanadi**. COA je prostovoljska organizacija, ki dela s seniorji za izboljšanje kakovosti življenja starejših in ima svoj glas v javni politiki in pri sprejemanju programov. Kot starosti prijazna skupnost po kriterijih SZO se je začela razvijati leta 2010. Glavno vodilo programa je povečati vpliv skupnosti, predvsem pa starejših, ter določiti dva do tri konkretne cilje pri vsakem od osmih področij starosti prijaznih mest.

Značilen primer je Ottawa mestni plan za starejše – planiranje in implementiranje konkretnih akcij, ki so odgovor na specifične potrebe starejših sedaj in primerne za razvoj starosti prijazne skupnosti v prihodnje. Ta program temelji na krajevnih skupnostih (občinah), vanj so vključeni so vsi upravni oddelki. Za operativno izvajanje programa zagotavljajo pol milijona dolarjev letno. Vizija in cilji so stalni, dejavnosti pa pregledajo in osvežijo vsaka štiri leta.

Amid Prasad z Japonske je predstavil prispevek **Pregled starosti prijaznih mest na Japonskem in indikatorjev za njihovo vrednotenje**. V uvodu referata je bilo rečeno, da se politika starosti prijaznih mest izvaja predvsem v razvitem svetu. Na Japonskem je kar nekaj mest vključenih v ta program. Predstavljena je bila mreža treh mest, avtor je poudaril pomen aktivnega in rednega sodelovanja starejših v vseh sferah življenja, spremljanje razvoja starosti prijaznih okolij in njihovega vrednotenja z merljivimi indeksi.

John Beard (SZO), ki je vodil simpozij o starosti prijaznih mestih, se je predvsem skliceval na kanadske izkušnje, kjer sistematično razvijajo

socialno usmerjene starosti prijazna okolja ter indikatorje za njihovo spremljanje. O tem bomo poročali obširneje v eni od naslednjih številkk *Kakovostne starosti*, zato bomo tukaj nadaljevali pregled kongresnega dogajanja s kratko predstavitvijo zanimivih in številnih tem o tem, kaj vpliva na kakovost življenja starejših.

### **Varovalni dejavniki aktivnega staranja**

Jae Won Chang in Jun Sang Lee sta predstavila korejsko raziskavo na vzorcu 650 starejših ljudi o varovalnih dejavnikih uspešnega staranja. Ugotovila sta, da je eden od pomembnih varovalnih dejavnikov sposobnost obvladovanja stresov, česar pa se je potrebno naučiti vsaj v srednjih letih. Drugi pomembnejši varovalni dejavniki so še: družinska in prijateljska podpora, vključenost v dejavnosti, zdravje in vzdrževanje svojih preostalih sposobnosti kljub kroničnim boleznim.

O preventivnem vedenju starejših je pisalo tudi na zanimivem posterju, ki so ga pripravili nemški raziskovalci, in sicer Peter Enste s sodelavci z Inštituta za delo in tehnologijo iz Nemčije. Oskrbo potrebuje le 5 % Nemcev, starih med 70 in 75 let, pri starih med 80 in 85 let pa ta poraste na 33 %. Skrb za psihofizično kondicijo, socialno mrežo in prehrano vpliva na dolgoživost. Klaster-ska analiza na vzorcu več kot tisoč primerov je pokazala, da preventivno skrbi za svoje celotno zdravje najbolj starostna skupina med 50. in 55. letom.

Japonska osemletna longitudinalna študija, ki jo je izvedla ekipa Sung Chul Lee, je pokazala, da pri ljudeh, starih 60 let in več, ki so telesno aktivni, pride do manjšega upada kognitivnih sposobnosti kot pri tistih, ki pretežno sedijo in se malo gibajo.

Raziskovanje varovalnih dejavnikov je gotovo pomembno, ne samo zaradi širjenja znanja o kakovostnem staranju, temveč tudi zaradi strateških usmeritev politike in strok ter pravilnega ukrepanja na področju preventive dejavnikov tveganja za kakovostno staranje.

### **PROSTOVOLJSTVO**

Na kongresu je bilo zelo veliko prispevkov s področja prostovoljstva, ki v razvitem svetu ob gospodarski krizi in pešanju socialne države pridobiva na pomenu. Vedno več držav se zaveda pomena prostovoljskega dela, zadnja leta je narejenih veliko raziskav o obsegu in značilnostih prostovoljskega dela med starejšimi, zato navajamo nekaj povzetkov iz navedenega področja.

Barbara McIntosh s sodelavci z Vermontske univerze je primerjala rezultate velikih raziskav o prostovoljstvu v ZDA, ki so bile narejene med letoma 1992 in 2012. Ugotovila je, da je prostovoljstvo v tem času poraslo skoraj za 24 %. Med prostovoljci prevladujejo ženske z višjo izobrazbo, moški so kot prostovoljci aktivni največ med 70. in 74. letom starosti.

Sarah Dury z Bruseljske univerze je s sodelavci izvedla raziskavo v 141 občinah o potencialih starejših za prostovoljsko delo. Raziskava je pokazala določene karakteristike starejših prostovoljcev iz vrst upokojujencev: so aktivni v sosedstvu, redno odhajajo z doma, tudi ko je že temno, so iz sosesk, ki imajo višjo kakovost bivanja, so lastniki domov in živijo kakovostno. Podobne karakteristike imajo tudi starejši ljudje, ki so v vprašalnikih izrazili željo, da bi se radi vključili v prostovoljsko delo.

Nacionalno študijo na reprezentativnem vzorcu o prostovoljstvu je nedavno izvedla tudi Švedska (Magnus Jegermalm s sodelavci z nacionalnega inštituta za študije staranja in starosti – NISAL, *Linköping University*). Eno izmed zanimivih spoznanj je, da je več kot polovica prebivalstva izvajala ali izvaja prostovoljsko delo. Prav tako je na Švedskem še zelo razširjena neformalna oskrba starejših. Med zaključki so zapisali dilemo, kako ob krčenju države blaginje iskati nove vire na področju neformalne skrbi za starejše glede na dejstvo, da je prostovoljstvo na Švedskem že tako razširjeno. Ista raziskovalna ekipa je predstavila tudi medgeneracijsko podporo, ki jo nudijo najstarejši stari Švedi

mlajšim generacijam. Štiri od petih starostnikov starih nad 75 let dajejo vsaj eno vrsto podpore mlajšim generacijam, večina od njih pa več vrst podpore. Najbolj pogosta je čustvena opora (71 %), praktično pomoč mlajšim generacijam, posebno mlajšim starostnim skupinam, pa nudi 56 % starih ljudi. Največ pomagajo otrokom in vnukom. Sinovom in hčerkam nudijo predvsem praktično in čustveno oporo, medtem ko vnuke pogosteje finančno podpirajo.

### **ELEKTRONSKA TEHNOLOGIJA ZA KAKOVOSTNO STARANJE IN E-PISMENOST STAREJŠIH**

Na vsakem svetovnem kongresu je v ospredju ena izmed aktualnih tem na področju staranja. V Seulu naj bi bila v ospredju informacijsko komunikacijska tehnologija (IKT). Po številu in kakovosti prispevki s tega področja niso odstopali od drugih tem. Le glavni pokrovitelj, korejski velikan Samsung, je izkoristil priložnost na kongresu in je prikazal projekcijo razvoja na področju uporabe IKT v zdravstvene namene za starejše. Če bo šel razvoj dejansko v to smer, se bomo na starost kar sami diagnosticirali; s pomočjo 3D računalnika bomo dobili zdravniške nasvete in predlagana nam bosta način zdravljenja ter zdravila. Naše zdravje in vse drugo bo lahko pod popolno kontrolo IKT, bolj bomo varni in zdravi, menijo na Samsungu. Avtorici tega članka sta nekoliko podvomili v to, saj bo človek za kakovostno življenje v starosti še naprej potreboval predvsem človeški stik.

Na koncu kratko povzemamo še enega od treh prispevkov slovenskega Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, ki smo jih na tem velikem svetovnem kongresu v Seulu imeli prav s področja našega raziskovanja in razvoja e-pismenosti med starejšimi. Zdi se, da je – kot smo že omenili – slovenska situacija glede tega podobna južno-korejski. Naš prispevek je bil na kongresu lepo sprejet. Predstavili smo raziskovalne podatke o

stanju e-pismenosti med prebivalci Slovenije, ki so stari več kot 50 let, ter naša spoznanja razvojnega akcijsko-raziskovalnega projekta o e-usposabljanju starejših. Slovenija je po uporabi interneta v EU in v svetu v zgornji četrtini, po e-pismenosti ljudi, starejših od 50 let, pa močno zaostajamo, saj 72 % ljudi, starih več kot 50 let, ne uporablja računalnika. S prehodom na e-poslovanje (bančništvo, uprava, itd.) obstaja tveganje, da bo zaradi elektronske nepismenosti več kot četrtina celotnega prebivalstva prikrajšana za aktivno elektronsko vključevanje in poslovanje. V nacionalni raziskavi potreb, zmožnosti in stališč prebivalstva 50+ je bilo ugotovljeno, da se jih 20 % želi naučiti uporabljati računalnik. Najbolj učinkovito spodbujajo računalniško nepismene starejše ljudi k učenju prijatelji ali drugi ljudje, ki jih ti cenijo in so se uspešno naučili uporabljati računalnik in internet. Na podlagi teh dejstev in na lastnih dvajsetletnih izkušnjah smo z uvažanjem medgeneracijskega prostovoljstva razvili učinkovit model za množično opismenjevanje po načelu, da je mladostnik, star med 15 in 18 let zelo primeren družabnik in učitelj starejšim pri osvajanju osnovnih veščin e-pismenosti. Ta naš model je bil deležen velikega zanimanja, saj je poleg prikaza stanja e-pismenosti starejših, ki je izziv v mnogih državah, prikazal tudi eno izmed preizkušenih rešitev na prostovoljski osnovi z zelo nizkimi stroški in velikim učinkom medgeneracijskega povezovanja ob konkretni dejavnosti, ki je za obe generaciji zanimiva.

Kaže, da se razkorak med razvitimi državami in državami v razvoju vidi tudi v dostopnosti ter pomenu IKT. Medtem ko se mnoge revne države borijo za dvig osnovne pismenosti med mladim prebivalstvom, postaja IKT v razvitem svetu nepogrešljiva na vseh področjih bivanja vseh generacij. Za starejše so že razviti številni programi, ki olajšajo dostopnost IKT, še predvsem za varstvo starejših na daljavo razvijajo nove tehnologije. O tem pomembnem področju bomo na temelju spoznanj kongresa v Seulu pisali obširneje v eni

izmed naslednjih števil revije, tukaj pa nadaljujemo s prikazi tematskih sklopov, ki se nanašajo bolj na geriatrijo.

## ALZHEIMER IN DEMENCE

### 1. Zdravljenje

Po precejšnjem napredku pri simptomatskem zdravljenju Alzheimerjeve bolezni pa na področju vzročnega zdravljenja te in drugih demenc še ni prišlo do večjih premikov. Pa vendar je vredno omeniti nekaj novosti iz poskusnih študij, usmerjenih v iskanje zdravil.

Odkar so naredili prvi transgeni model miške z amiloidozo možganov ter dokazali učink aktivne imunizacije pri preprečevanju nalaganja amiloida na tem modelu, se znanstveniki trudijo z izdelavo anti-amiloidne imunoterapije, ki bi učinkovito spremenila potek bolezni. Vendar so zaenkrat rezultati manjši od pričakovanih. V raziskovalni fazi sta manj nevarno aktivno cepivo in pasivna imunizacija. Vsaj šest monoklonskih anti-amiloidnih protiteles je napredovalo v srednjo in pozno raziskovalno fazo. Vendar pred kratkim objavljeni rezultati dveh večjih študij niso pokazali večjih vplivov anti-amiloidne imunoterapije na klinični potek bolezni. Bapinezumab ni pokazal izboljšanja rezultatov kognitivnih in funkcionalnih preiskav. Prav tako sprva ni bilo dokaza o uspešnosti solanezumaba (monoklonsko protitelo, ki se veže na srednjo sekvenco amiloidnega epitopa monomernih amiloidnih peptidov), vendar so kasnejše študije pokazale izboljšanje kognitivne funkcije pri bolnikih z blago Alzheimerjevo demenco, tako da nameravajo letos začeti s klinično fazo študije. Gentanerumab in bapinezumab sta v zgodnejših fazah raziskovanja. Medtem pa je SAR228810 že prišel v prvo fazo klinične študije na bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo. Pri tem se pojavljajo nova vprašanja. Katera značilnost protiteles vpliva na kognitivne in neželene učinke? Kakšen je vpliv protiteles na druge označevalce (tau in

p-tau) ter regionalno atrofijo? Kako stopnja bolezni in genotip vplivata na učinkovitost imunoterapije?

Raziskave trenutno kažejo večjo učinkovitost anti-amiloidnih protiteles v sekundarni preventivi kakor pri razviti bolezni. Raziskave potekajo tudi z bace inhibitorji in na področju zdravil delujočih na tau protein. Po svetu je v teku tudi nekaj več področnih preventivnih študij: kombinacije prehranskih intervencij ter telesnih in kognitivnih vaj.

### 2. Prepoznavanje bolezni

Pri prepoznavanju demence je bila zanimiva manjša ameriška študija, ki je nakazala, da je za zgodnje prepoznavanje in odkrivanje kognitivnega upada in demence v domovih za stare ljudi moč uporabiti ustrezno usposobljeno zdravstveno osebje. 90 starejših posameznikov sta po opravljenem standardiziranem *kratkem testu spoznavnih sposobnosti* pregledala ter točkovala usposobljen zdravstveni delavec in geriatrični psihiater. Rezultati so pokazali veliko uspešnost zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju tako kognitivnega upada kot začetnih oblik demence in s tem možnost za odkrivanje in zdravljenje večjega števila v domovih vse prevečkrat prezrte začetne oblike demence.

Pomembnosti dobre izobraženosti in primerne geriatrične orodja za dobro oceno ter integrirano oskrbo glede na potrebe in zmožnosti starejših se je dotaknila tudi nizozemska predstavnica Marcel Olde Rikkert z Univerze Radbound v Nijmegen. Izpeljali so tri študije **EASYcare sistema** (to je na dokazih temelječega geriatričnega sistema za oceno starejših). Prva izmed študij je preučevala finančni vidik glede na učinkovitost sistema, ki temelji na *EASYcare* obravnavi, pri čemer so sodelovali geriatrična medicinska sestra, splošni zdravnik in zdravnik geriatra. Z drugo študijo so se osredotočili na možnost uporabe *EASYcare sistema* za boljše odkrivanje demence.

Program so uporabljali splošni zdravniki in medicinske sestre primarnega nivoja. S tretjo študijo pa so preučevali možnost zaznavanja krhkosti s pomočjo programa *EASYcare* med starejšimi na primarnem nivoju. Prva študija je pokazala, da je program finančno ugoden, saj poveča dobrobit in funkcionalno zmogljivost starejših udeleženi v študijo (velikost učinka  $> 0,2$ ;  $NNI:4,7$ ), zmanjša hospitalizacijo in institucionalizacijo ter spodbuja dnevno oskrbo na domu, dnevno varstvo in dostavo hrane na dom. Poleg tega je uporaba *EASYcare* programa izboljšala prepoznavanje demence (za 34 %) na primarnem nivoju in pomagala splošnim zdravnikom pri doslednejšem upoštevanju smernic (za 32 %). Sistem je bil uporaben tudi pri prepoznavanju krhkosti med starejšimi. Na Nizozemskem razmišljajo, da bi sistem razširili v ostale sorodne zdravstvene ustanove.

Nekaj novosti je bilo tudi na področju vprašalnikov, namenjenih diagnostiki demence. Pri sedanji točkovni lestvici (*Clinical Dementia Rating scale* ali CDR) smo pri zbiranju podatkov o bolezni, ki jih nato točkujemo, odvisni predvsem od podatkov bližnjega ali svojca bolnika. Vse večje pa je število ljudi, ki zbolijo za demenco in nimajo ob sebi nikogar. Zato se je pojavila potreba po ugotovitvi, ali lahko isti točkovni sistem (CDR) uporabimo, ne da bi imeli ob bolniku nekoga, ki bi nam zapolnil vrzeli. Raziskovalna skupina iz Singapurja je izvedla študijo, v kateri je iz longitudinalne **raziskave o staranju Wave II** s pomočjo Kratklega testa spoznavnih sposobnosti in Montrealskega kognitivnega vprašalnika izbrala ljudi s kognitivnim upadom (MMST ali MOCA  $< 26$ ). Z njimi so nato opravili pogovor, pri katerem so uporabili prilagojeno sedanjo točkovno lestvico (*Clinical Dementia Rating Scale for non-informant ali CDR-NI*) ter klinično preizkušene DSM IV kriterije za demenco. Nov vprašalnik je pokazal veliko stopnjo zanesljivosti in primerljivosti pri ocenjevanju demence brez prisotnosti svojca ali bližnjega.

### 3. Vpliv telesne in miselne vadbe na potek bolezni

Krščanski družinski center iz Hong Konga je predstavil pilotni program in študijo, imenovano **Mind Lock Cognitive and Memory Training Center**. Leta 2010 so začeli s programom, ki zaobjema skupinski kognitivni trening v centru in individualni kognitivni trening na domu. Program je oblikoval delovni terapevt, v njem pa je sodelovalo 180 posameznikov. Pri 34 so pred začetkom opravili *kratek poskus spoznavnih sposobnosti* (MMSE) in *točkovnik demence* (DRS). Oba testa so ponovili po enem letu, pri čemer so dokazali signifikantno izboljšanje kognitivne funkcije. Sredstva, ki so jih pridobili na podlagi pilotne študije, so jim omogočila nadaljevanje raziskovalnega programa.

Avstralska študija Univerze v Queenslandu je pokazala **vpliv telesne vadbe na bolnike z demenco**. Christine Neville je poudarila, da ljudje z demenco zaradi same bolezni težje vzdržujejo telesno aktivnost. Telesno neaktivnost povežemo z upadom kognitivnega, funkcionalnega in fizičnega zdravja, kar še dodatno zaplete skrb za takšne ljudi in poveča smrtnost. Člani univerze so izvedli dve raziskavi. V prvi randomizirani študiji s kontrolo je sodelovalo 153 ljudi z demenco, ki živijo doma. Udeleženci so bili deležni bodisi rutinske zdravniške oskrbe bodisi programa, ki je zajemal izobraževanje skrbnikov ter paleto vaj, prilagojenih za bolnike z demenco. Druga raziskava je bila manjša longitudinalna študija, v kateri je sodelovalo 25 ljudi z demenco, ki živijo v domu za starejše in so bili vključeni v program vadbe v vodi. V obeh raziskavah so sodelovali tudi svojci. Ocenjevali so telesno zmogljivost, depresijo, vedenjske in psihološke simptome demence ter stopnjo institucionalizacije zaradi vedenjskih in psihičnih simptomov. Obe raziskavi sta pokazali izboljšanje telesne zmogljivosti ( $p=0.01$ ) in depresije ( $p=0.02$ ). Zmanjšala se je stopnja vedenjskih in psihičnih simptomov demence ( $\text{Chi square}(3, n=10) = 16.91, p=0.001$ ),

tudi reakcija skrbnikov na te simptome se je izboljšala ( $\text{Chi square}(3, n=10)=16.86, p=0.001$ ). Prva raziskava je pokazala manjše število hospitalizacij (19 % vs. 50 %). Pri drugi raziskavi pa se je zmanjšala stopnja psihičnega neugodja udeležencev. Pri obeh raziskavah so bili udeleženci mnenja – kar je mogoče najpomembneje –, da koristi močno pretehtajo vložen trud.

#### 4. Mednarodne smernice

Avstralska predstavnica Melinda Martin-Khan je ob vse večji prevalenci demence v razvitem svetu poudarila **pomen dobre zdravstvene strategije**. Vse večja pojavnost demenc namreč prinaša velike socialne, zdravstvene in ekonomske izzive. Ker še vedno nimamo učinkovitega zdravila, so strategije, ki preprečujejo nastanek bolezni ali zakasniijo njen začetek, še toliko bolj pomembne za zmanjšanje bremena bolezni ter z njo povezanih stroškov. V pregledni študiji, ki so jo predstavili, so primerjali osem strategij naslednjih regij in držav: Avstralije, Združenega kraljestva, Walesa, Škotske, Francije, Nizozemske, Norveške in Južne Koreje. Vsem strategijam je bil skupen velik pomen zgodnje diagnostike in zdravljenja ter ozaveščanja ljudi. Nekatere izmed strategij so vključevale tudi poudarjanje povezave med zdravim načinom življenja in zmanjšanim tveganjem za razvoj demence. Člene o kvaliteti oskrbe in post-diagnostični podpori je bilo najti v mnogih nacionalnih strategijah, vendar po mnenju dr. Martine-Khan v večini še vedno manjka strategija, ki bi vključevala celotne skupnosti. Za razvoj dobrega javno zdravstvenega pristopa je potrebno bolj vključiti finančne mehanizme, spodbuditi razvoj delovne sile, ki bo izobražena za soočanje s tovrstnimi izzivi, prilagoditi zdravstveni sistem, vključiti informacijske sisteme, nadaljevati s povezovanjem med državami ter izdelati pravno vzdržan sistem nadzora nad uresničevanjem strategije. Avstralski raziskovalci so opozorili še na

omejeno z dokazi podprto znanje, predvsem na področju preventive, ki med drugim otežuje izdelavo kvalitetnih javnozdravstvenih strategij.

#### 5. Skrb za bolnike

Manj kot prejšnja leta, vendar še vedno, je bila prisotna problematika skrbi za starejše bolnike z demenco v domovih starejših občanov, negovalnih domovih ter domovih, usmerjenih le v skrb za starejše z demenco. Švedska študija ni presenetila z ugotovitvijo, da je skrb boljša v specializiranih domovih, vsekakor pa je zaradi vse večje odvisnosti ljudi pri dnevni aktivnosti zahtevnejša od oskrbe povprečnega starostnika. Ponovno v več študijah ugotavljajo potrebo po večjem številu osebja. Zanimiva je bila obsežna nemška raziskava, v kateri so primerjali kvaliteto življenja ljudi z demenco v tradicionalnih domovih starejših občanov s kvaliteto življenja v domovih, ki imajo specializirane oddelke za ljudi z demenco. V raziskavi je sodelovalo 1671 oskrbovancev iz 47 domov za starejše. Predstavniki Nemškega centra za nevrodegenerativne bolezni so zaključili, da z raziskavo ne morejo dokazati prednosti specializiranih oddelkov pred mešanimi.

Pogovor je potekal tudi o pomembnosti vnaprej pripravljene načrta za ljudi z bolelo za demenco, ter za njihove svojce (nizozemska pregledna študija) in o skrbi za umirajoče ljudi z demenco. Hana Vankova s Karlove Univerze v Pragi je predstavila dva konseza o demenci: strategijo za skrb bolnikov z demenco, ki jo je predlagalo češko združenje za Alzheimerjevo bolezen, in konsenz o paliativni oskrbi bolnikov z demenco, ki ga je oblikovala skupina *Alzheimer Europe*. Skupina *Alzheimer Europe* je bila ustanovljena leta 2007 z namenom poiskati primere dobre prakse in oblikovati smernice za paliativno oskrbo ljudi, ki umirajo z ali zaradi demence (več podatkov je na njihovi internetni strani). Tukaj bomo na kratko predstavili zelo pregledno češko strategijo za skrb bolnikov z demenco.

Češko združenje za Alzheimerjevo bolezen je predvidelo, da je pogoj za kvalitetno skrb za bolnike z demenco:

- imeti okolje prilagojeno potrebam ljudi z demenco;
- negovalno osebje, ki je ustrezno izobraženo za nego in razumevanje ljudi z demenco;
- število negovalnega osebja, ki je zadostno in prilagojeno potrebam oskrbovancev;
- dobra komunikacija in dobri odnosi z bolniki ter njihovimi družinskimi člani;
- učenje, podpora in sodelovanje z družinskimi oskrbovalci.

Bolnike z demenco so razdelili na tri stopnje:

Prva stopnja je zelo blaga, z blagim kognitivnim upadom (2. do 4. stopnja po Reisbergovi lestvici). Ljudje na tej stopnji so pretežno neodvisni od pomoči, nekateri potrebujejo pomoč, vendar ne stalno. Zgodnje odkritje bolezni omogoča zgodnje zdravljenje, ki posledično izboljša kakovost življenja družinskega člana. To je tudi stopnja, na kateri je dobro odprto govoriti o bolezni, o tem, kje bi človek rad živel, ko ne bo mogel več skrbeti zase, in o tem, kaj si želi v zadnjem obdobju svojega življenja. Dobro je poskrbeti za pravno in medicinsko dokumentacijo, vnaprej napisati svojo voljo in želje. Ljudje v tem obdobju so še zmožni sami preživeti večji del dneva ali celo tedna. Koristno je, da si delajo beležke in opomnike, ki jim pomagajo pri vsakodnevnih opravilih in časovni orientaciji. Velikokrat se v tem obdobju tudi zgodi, da ljudje zaradi nezmožnosti sprejemanja svoje bolezni zapadejo v depresijo. Češko združenje v tem obdobju svetuje **PODPORO, POMOČ in NASVET**.

Druga stopnja je zmerno huda, z zmernim kognitivnim upadom (4. do 5. stopnja po Reisbergovi lestvici). Navadno traja 2 do 10 let. Ljudje pogosto živijo v domski oskrbi. So vse bolj zmedeni in časovno ter krajevno neorientirani, imajo vse večje težave s spominom in pri vsakodnevnih opravilih (kot so oblačenje, tuširanje, priprava obrokov, hranjenje, jemanje zdravil) vse večkrat

potrebujejo pomoč. Vse pogosteje potrebujejo medicinsko oskrbo. So pa še vedno sposobni sporazumevanja in zabave. Potrebujejo dnevne aktivnosti in stalen dnevni red z dovolj nočnega spanja. Dnevne aktivnosti so lahko priložnost za sodelovanje in druženje z ostalimi družinskimi člani. Dejavnosti pripomorejo k vzdrževanju človeškega dostojanstva ter pri krepitevi kognitivnih in telesnih sposobnosti. Dejavnosti ne smejo biti težke, ampak čim bližje tistim, ki so bile del normalne dnevne rutine tega človeka. V tem obdobju je za hospitalizacijo ali daljše bivanje v socialni ustanovi potrebno pisno ali iz vedenja očitno bolnikovo soglasje. V primeru, da bolnik ne želi bivati v ustanovi ali se kadarkoli z nadaljnjo hospitalizacijo ne strinja več, je potrebno težavo – če se le da – mirno razrešiti; sicer se sproži postopek za prisilno hospitalizacijo ali nadaljevanje bivanja v ustanovi. Človeka je ves čas potrebno klicati z gospod ali gospa oziroma tako, kakor posameznik želi. Tekom dneva naj nosi udobna oblačila. Potrebuje varno okolje, nahaja naj se v bližini osebja in v skupnih prostorih, kjer opravlja dnevne aktivnosti; ti prostori so navadno tako zavarovani, da preprečijo tavanje bolnikov. Prostori naj dajejo občutek doma. Opremljeni naj bodo z dovolj velikimi stranišči. Ljudje in njihovi domači naj imajo prostor, kjer lahko pripravijo čaj ali kavo. Del sobe naj bo namenjen počitku (odsvetujejo postelje in priporočajo naslanjače). Nekje naj bo prostor za ples, ostale aktivnosti in skupinsko delo. Oskrbovanci, ki so v ustanovi dalj časa, naj imajo svojo sobo. Negovalno osebje naj bo dobro izobraženo. V eni skupnosti naj bo dovolj negovalnega osebja (vsaj dva negovalca in medicinska sestra) in ne več kot 15 oskrbovancev. Češko Združenje na tej stopnji poudarja predvsem pomembnost **DNEVNIH AKTIVNOSTI**.

Tretja stopnja je huda, z velikim kognitivnim upadom srednjega in poznega obdobja demence (6. do 7. stopnja po Reisbergovi lestvici). Bolniki na tej stopnji potrebujejo stalno pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Njihova



sposobnost komuniciranja in govorjenja upada. Izgubljajo psihomotorične sposobnosti in vse težje hodijo. Spreminja se jim osebnost. Vedenjske motnje je potrebno pravočasno prepoznavati in lajšati ali zdraviti. Češko Združenje poudarja, da ljudje v tem obdobju potrebujejo INDIVIDUALNO POMOČ, prilagojeno njihovim potrebam. Sodelovanje pri dnevnih aktivnostih jih praviloma spravlja v zadrego. Postopno imajo težave s požiranjem, zaradi česar potrebujejo osebno pomoč pri hranjenju. Potrebno je skrbeti za primerno količino zaužite tekočine in prehrano. Medicinsko in negovalno osebje mora znati prepoznati stopnjo neorientiranosti, zdravnik mora biti del tima. Udobna oblačila in varno okolje so še vedno nujno potrebni. Posteljo je dobro zavarovati pred padci. Dnevni ritem – predvsem pri hudo bolnih – ni več tako potreben. Predlagajo princip, ki ga uporablja negovalni program *Namaste*: v tem obdobju je poudarek na vrednosti človeškega duha in enkratnosti vsakega človeka. Ljudi ne pustimo samih, ampak živijo v objemu in bližini ostalih. V programu *Namaste* uporabljajo aromaterapijo, glasbo in branje, s katerimi praznujejo človeško osebnost. V osrčju programa je misel, da vsak posameznik potrebuje ljubeč človeški dotik. Zanimiv je tudi način, kako sprejemajo smrt v ustanovi. Pokojnika odpeljejo vsem – tako negovalcem kakor bolnikom na obeh in jim tako dajo možnost, da se od njega na svoj način poslovijo.

Četrta stopnja je terminalno obdobje, ki traja le nekaj tednov. Človek v tem času povsem izgubi sposobnost komuniciranja in premikanja. Mnogi bolniki so v tem času inkontinentni, zaradi kontraktur, neudobnega položaja ali somatskih motenj pogosto trpijo bolečine. Češko združenje za Alzheimerjevo bolezen – prav tako kakor skupina *Alzheimer Europe* – poudarja, da človek v tem obdobju potrebuje skrbno paliativno nego.

Poučna je bila tudi raziskava, ki jo je predstavil predstavnik Velike Britanije Upul Fernando. V točkovni prevalečni raziskavi hospitaliziranih

ljudi z demenco so odkrili, da so zdravniki kar 35 % bolnikom med hospitalizacijo predpisali nevroleptike ali sedative. Največkrat so bili to mladi zdravniki, na srečo pa je bilo dajanje teh zdravil tekom zdravljenja ukinjeno in le redki bolniki so bili z zdravili odpuščeni domov. Iz raziskave je bilo očitno tudi, da bolniki s stalno analgetično terapijo in tisti z analgetično terapijo po potrebi niso potrebovali sedativov in nevroleptikov. Agresivno vedenje bolnikov, ki je predvsem značilno za zadnje obdobje demence, je naporno in včasih nevarno za zdravstveno osebje, lahko pa tudi nevarno za bolnike same. Zato je predpisovanje antipsihotikov in sedativov tem bolnikom zelo razširjeno. Vendar ima tako predpisovanje poleg »pozitivnih« tudi številne stranske učinke, med katerimi se vse pogosteje omenja povečana stopnja smrtnosti in umrljivosti zaradi možganske kapi. Že kot študentka in sedaj kot mlada zdravnica sem se ob opazovanju z antipsihotiki in sedativi »pomirjenih«, spremenjenih starih ljudi večkrat spraševala, ali je bilo zdravilo v resnici edina možnost in kot tako potrebno. V Veliki Britaniji pravijo, da so se iz raziskave naučili, da so ljudje z demenco lahko razdražljivi ali celo agresivni zaradi bolečine, ki jo čutijo, vendar je ne morejo primerno izraziti. Rešitev vidijo v primerni analgetični terapiji. Ob tem se lahko sprašujemo, kolikšna je pri nas količina predpisanih nevroleptikov in sedativov ljudem z demenco in kaj bi bilo moč ukreniti, da bi se le-ta zmanjšala, mogoče po angleškem predlogu v prid analgetični terapiji.

## SARKOPENIJA

Osrednja in najodmevnejša geriatrična tema tega kongresa je bila sarkopenija. Zdi se, da so mnogi raziskovalci v zadnjih štirih letih pogled preusmerili iz preučevanja sindroma krhkosti starejših in preučevanja padcev (obe temi sta bili seveda še vedno bogato zastopani z novimi odkritji) k preučevanju enega izmed glavnih vzrokov velikega števila padcev in ene izmed

komponent, ki tvori sindrom krhkosti starejših – to je sarkopenije. Sarkopenija je s starostjo povezana izguba skeletne mišičnine, povezana z manjšo mišično močjo in/ali slabšo telesno zmogljivostjo. Dosedanje študije so pokazale vpliv sarkopenije na številne pokazatelje slabšega zdravja, kot so število padcev, invalidnost, število hospitalizacij, dolgotrajnost oskrbe, slabšo kakovost življenja in smrtnost. Kljub očitni klinični pomembnosti sarkopenije še zmeraj nimamo njene dobre, enotne definicije in konsenzusa o zdravljenju in preprečevanju tega novo sprejetega geritričnega sindroma. Večino delovnih skupin za sarkopenijo po svetu se strinja, da bi morali sarkopenijo definirati s kombinacijo mišične mase in kvalitete mišičja, vendar je izbira praznih vrednosti in metod še vedno nerešen izziv.

John E. Morley z oddelka za geriatrijo Univerze Saint Louis v ZDA je predstavil odgovor na vprašanje, kako daleč smo v iskanju enotne definicije sarkopenije? Morely pravi, da trenutno vse definicije sarkopenije vključujejo omejeno gibljivost (merjeno s pomočjo hitrosti hoje oziroma razdalje, ki jo človek prehodi v 6 minutah) in mišično maso, ki je dve standardni deviaciji pod normalno mišično maso (merjeno s pomočjo DEXA ali CT slikanja). V ZDA obstaja gibanje, ki se zavzema, da bi v definicijo dodali tudi moč stiska roke. Zanimiv je bil podatek, da so znanstveniki pred kratkim dokazali, da je pri diagnozi osteoporozc FRAX vprašalnik dal enako dobre rezultate kakor merjenje kostne gostote. Odkritje je sprožilo iskanje seta vprašanj za odkrivanje sarkopenije, ki bi bila primerljiva z merskimi metodami. Eden izmed takih vprašalnikov, ki trenutno največ obeta, je SARC-1 in je sestavljen iz vprašanj o mišični moči, pomoči, ki jo posameznik potrebuje pri hoji, načinu, kako vstaja s stola in hodi po stopnicah, ter vprašanj o padcih.

Švicarski predstavnik Jean-Pierre Michel se je spraševal, ali sta sarkopenija in telesna krhkost pri starejših sopomenki. Opozoril je, da ima vprašanje dolgo zgodovino in da še danes

nimamo jasnega odgovora nanj. Termin krhkost starih ljudi so začeli uporabljati geriatri leta 1983 in je pomenil *zmanjšano zmogljivost za opravljanje pomembnih praktičnih in socialnih vsakodnevnih aktivnosti*. Desetletje kasneje so se endokrinologi in nutricionisti osredotočili na sarkopenijo, ki so jo definirali kot *neprostoovoljno izgubljanje skeletne mišičnine, povezano s staranjem*, in predlagali, da bi to poimenovali *starostna krhkost*. Od leta 1993 pa do danes so avtorji navedli, da je bilo objavljenih 3215 člankov o starostni krhkosti in 1721 o sarkopeniji. Natančnejši pregled člankov je pokazal, da se pojma mnogokrat pokrivata in da kljub velikemu številu člankov še nimamo dobre in enotne definicije enega in drugega pojma. Pomanjkanje konsenza pa je upočasnilo znanstveni razvoj na tem področju. Natančna analiza dejavnikov tveganja, simptomov in znakov ter posledic teh dveh kliničnih stanj je pokazala, da obstaja tesna povezava med sarkopenijo in starostno krhkostjo. Patogeneza ju povezuje v začaran krog, ki ga sestavljata staranje in slabša prehrana, ki preko sarkopenije vodi v starostno krhkost in invalidnost ter tako zaradi sarkopenije same kot starostne krhkosti pripelje do enakih slabih zdravstvenih rezultatov (ponavljajočih se padcev, motorične oviranosti, invalidnosti, hospitalizacije in smrti). Še več, vse bolj očitno je, da sta obe klinični stanji – tako sarkopenija kot starostna krhkost – reverzibilni. Vadba proti uporu in aerobna telesna vadba sta ključna dejavnika rehabilitacije, v zadnjem času so se jima pridružili še aminokislinski dodatki.

O reverzibilnosti sarkopenije in starostne krhkosti pa je govoril Hidenori Arai, predstavnik oddelka za Zdravstvene vede Univerze v Kyotu na Japonska. Poudaril je, da podobno kot upadanje spomina ni nujni del staranja, tudi sarkopenija in starostna krhkost s svojo reverzibilnostjo dokazujeta, da nista nujno del procesa staranja. Mišična vadba proti uporu in vztrajnostna mišična vadba sta dejavnosti, ki ju starejši zmorejo opravljati ter si s tem povečati mišično

maso in moč. S tem se jim izboljša tudi telesna pripravljenost. Obratno pa neprimeren vnos hranil in proteinov lahko povzroča sarkopenijo in starostno krhkost. Največji izziv v preventivi sarkopenije in z njo povzročene krhkosti je razvoj javnozdravstvenih intervencij, ki bi omogočale anabolni stimulus mišic starejših ljudi. Že samo mišično delo proti uporu in vztrajnostna mišična vadba sta pokazala dober anabolični stimulus mišic starejših. V raziskavi pa so preučevali tudi kombiniran učinek vadbe in prehranskih dopolnil, ki so vključevala vitamin D in proteine, na telesno zmogljivost in mišično maso starejših s sindromom starostne krhkosti. Poskus so izvedli med 77 starejšimi. V času trimesečnega treninga so jih razdelili v dve skupini: ena je poleg vadbe uživala tudi prehranska dopolnila, druga pa le-teh ni uživala. Rezultati so pokazali, da je skupina, ki je poleg vadbe uživala tudi prehranska dopolnila, pomembno pridobila na mišični masi in izboljšala maksimalni čas hoje, prav tako se je pri tej skupini opazno bolj zmanjšala prevalenca sarkopenije. Raziskovalci so zaključili, da je kombinacija vztrajnostne mišične vadbe in multinutricijskih dodatkov najučinkovitejša pri povečanju mišične mase in časa hoje. Menijo, da bi dodatne raziskave v tej smeri lahko pomagale oblikovati zdravstvene ukrepe za preprečevanje sarkopenije in sindroma starostne krhkosti med starejšimi.

Med iskanji vzrokov za sarkopenijo je bila prepričljiva japonska raziskava, v kateri so s pomočjo hitrosti pretoka merili elastičnost arterij. Odkrili so, da je manjša elastičnost žil povezana s prerazporeditvijo telesne mase v smislu sarkopenije in visceralne debelosti in s tem še dodatno prispeva k sindromu krhkosti.

Na kongresu so bile predstavljene še številne zanimive raziskave s področja genetike in celične biologije. Predstavljeni so bili rezultati raziskav, ki se osredotočajo na podaljševanje življenja celic in iskanje vzrokov za njihovo staranje. Dotaknili so se področja onkologije, psihiatrije,

polifarmakologije, srčno-žilnih bolezni in bolezni dihal v starosti. Veliko govora je bilo tudi o preventivnih programih – med prispevke s tega področja so sodili tudi naši –, sistemih geriatričnega izobraževanja in zdravstvenih sistemih po svetu. Države povsod po svetu neumorno iščejo vzdržni zdravstveni sistem, ki bi odgovarjal potrebam starajoče se družbe in bi bil hkrati prijazen starejšim ljudem. Za nas so posebej zanimivi preventivni programi in zdravstveni sistemi, zato jih bomo skušali predstaviti v eni izmed naslednjih števil.

Obsežno poročilo o 20. svetovnem gerontološkem in geriatričnem kongresu v Seulu zaključujemo z mislijo, da je bil vsestransko doživetje, na katerem je bilo moč občutiti, da se neštete znanstvene skupine in praktiki po vsem svetu trudijo za zdravo, pravično in vsestransko kakovostno staranje. Pri tem nenehno dosegajo nova spoznanja. Na kongresu se je potrdila kakovostna raven našega gerontološkega raziskovalnega in praktičnega dela; da so bili naši prispevki na svetovni ravni, so pokazali odzivi in pogovori ob njih.

*Ksenija Ramovš in Ana Ramovš*

## TRETJE MEDNARODNO SREČANJE DIAMIND

**Ljubljana. 13. 3. 2014**

V četrtek, 13. 3. 2014, je v Mestnem muzeju v Ljubljani potekalo tretje mednarodno srečanje DiaMind. Rdeča nit srečanja je bila hrana pri ljudeh s sladkorno boleznijo z vidika opolnomočenja, kognitivno vedenjske terapije in čuječnosti. Srečanje je bilo sestavljeno iz izkustvenih delavnic in predavanj.

Srečanje sta otvorila dr. Miha Kos, predsednik Društva za znanost in izobraževanje DRZNI, in dr. Karin Kanc, direktorica zasebne ordinacije za diabetes – Jazindiabetes. Po uvodnih besedah smo se razdelili v dve skupini. Prva se je udeležila izkustvene delavnice, ki jo je vodil dr. Aric Nouwen. Ta delavnica je

imela naslov Kognitivno vedenjska terapija v diabetesu. Druga skupina pa je sodelovala na izkustveni delavnici z naslovom Čuječnost – novi/stari pristop k hranjenju, ki jo je vodila dr. Karin Kanc. Po kosilu sta se skupini zamenjali, tako da smo vsi udeleženci dobili priložnost sodelovati na obeh delavnicah.

Poglejmo si malo bolj podrobno vsebino obeh delavnic. Delavnica vedenjsko kognitivne terapije je bila sestavljena iz krajših predavanj in dela v manjših skupinah. Ena osnovnih predpostavk kognitivnega modela je, da način, kako razmišljamo o stvareh, vpliva na to, kako se počutimo. Včasih so lahko misli tudi negativne in ravno njihovo prepoznavanje je prvi korak k učenju, kako jih spremeniti. Spodaj so navedene nekatere vrste negativnih avtomatskih misli oz. miselnih izkrivljanj.

- Mišljenje vse ali nič. Mišljenje je črno-belo, kaže se tendenca k pogledu na stvari v ekstremih, brez srednje vrednosti.
- Posploševanje, ki je oblikovanje zaključkov na podlagi enega dogodka ali dokaza. 'Takšne misli pogosto vključujejo besedi 'vedno' ali 'nikoli'.
- Filtriranje je osredotočanje na negativne lastnosti in zanemarjanje pozitivnih.
- Izključevanje ali zanikanje pozitivnega je preoblikovanje pozitivnih izkušenj v negativne.
- Branje misli je oblikovanje predpostavk o tem, kaj drugi ljudje mislijo, čutijo in kako se vedejo, brez preverjanja dokazov.

Avtomatske misli so pravzaprav misli, ki se v nas spontano sprožijo ob posameznem dogodku; so hitre, kratke in se jih komajda zavedamo. Lahko so racionalne in funkcionalne, torej takšne, ki nam pomagajo obvladovati situacijo, ali pa nestvarne in nefunkcionalne, torej takšne, ki nas ovirajo, saj sprožijo neustrezno čustvovanje in vedenje.

Dr. Arie Nouwen, višji predavatelj klinične psihologije na univerzi v Birminghamu, pravi, da ljudje s sladkorno boleznijo pogosto težko

ohranjajo navado zdravega prehranjevanja skozi daljše obdobje. Pri prehrani se namreč pogosto čutijo prikrajšane, kar vodi do občutkov jeze in frustracije. Še več, kadar jedo t. i. 'prepovedano' hrano, občutijo krivdo, kar zmanjša njihovo samozaupanje glede zmožnosti obvladovanja sladkorne bolezni. Vse to pa lahko vodi do slabega razpoloženja, zmanjšane skrbi zase in zmanjšanega nadzora nad sladkorno boleznijo. Kognitivno vedenjska terapija govori o tem, da je človekov notranji dialog ključ do razumevanja, kako dogodki vplivajo na razpoloženje in vedenje posameznika. Usmerjena je v prepoznavanje avtomatskih misli in spreminjanje negativnih avtomatskih misli, zato je lahko za ljudi s sladkorno boleznijo izredno koristna.

Na delavnici z naslovom Čuječnost smo spoznavali čuječno hranjenje ali 'čuječnost', pri katerem se osredotočamo na vsak grizljaj in se ob tem zavedamo, da jemo. Ta metoda je enostavna, poceni in nima stranskih učinkov. S čuječnim hranjenjem želimo preseči sram in krivdo pri hranjenju in spet uživati v hrani.

Kaj čuječnost sploh pomeni? Gre za nepresojajoče zavedanje sedanjega trenutka. Cilj tega pristopa je naučiti se zavedanja slehernega trenutka, uživanje v življenju, ob tem pa tudi prepoznavanje težav, ko se pojavijo, in iskanje ustreznih rešitev.

Čuječnost lahko uporabimo tudi zato, da ponovno najdemo ravnotežje v prehranjevanju. Lahko nam pomaga, da se spomnimo načinov prehranjevanja iz otroških dni. Vse to pa lahko vodi do bolj zdravega načina življenja, zmanjševanja stresa in večjega zadovoljstva z življenjem. Obstajajo dokazi, da lahko čuječno prehranjevanje prepreči razvoj sladkorne bolezni oziroma pri ljudeh, ki to bolezen že imajo, omogoči dober glikemičen nadzor.

Na delavnici smo tudi sami preizkusili metodo čuječnosti in čuječnega hranjenja, saj dr. Kanc meni, da je potrebno najprej na sebi preizkušati metodo čuječnosti, da imamo osebno izkušnjo,

na podlagi katere lahko potem pacientu bolje svetujemo in ga usmerjamo. Preizkusili smo vajo tristopenjskega dihanja, kjer pozornost usmerimo na dihanje in telo. Skozi delavnico pa smo tudi spoznali čuječno hranjenje in 7 vrst lakote.

V nadaljevanju smo se seznanili s sladkolesom. Sladkolo je v bistvu simulator za diabetes tipa 1. Tisti, ki se usede na kolo, se postavi v vlogo bolnika z diabetesom tipa 1. Eksperiment traja približno 5 minut, v tem času pa posameznik poganja kolo. Na ekranu pred seboj zagleda cesto, ki predstavlja varno vrednost sladkorja v krvi, ki jo mora vseskozi vzdrževati tako, da 'poje' primerne vrste hrane in si 'vbrizga' zadostno količino insulina. Če sladkor v krvi zaniha nad spodnjo ali zgornjo mejo, kolesar zavije s cestišča. Po končanem eksperimentu vsak sodelujoči prejme grafičen izpis svoje vožnje.

Po popoldanski kavici sta Bob Anderson in Martha M. Funnell skozi igro vlog prikazala klinične primere opolnomočenja bolnikov s sladkorno boleznijo. Nadaljevali smo s krajšim predavanjem Marthe M. Funnell o vrstniški pomoči pri samovodenju sladkorne bolezni.

Število ljudi s sladkorno boleznijo po svetu narašča, zato narašča tudi potreba po izobraževanju in podpori sladkornim bolnikom. Narašča tudi število dokazov, ki govorijo o tem, da lahko sladkorni bolniki s primernim usposabljanjem pomembno dopolnijo že obstoječe zdravstvene programe edukacije in podpore sladkornim bolnikom. V vrstniški podpori je moč najti neizkoriščen potencial za zmanjševanje bremena in izčrpanosti kot posledice sladkorne bolezni in njenega uravnavanja. Poleg tega lahko vpliva na zmanjševanje potreb po zdravstvenih storitvah, zmanjšuje zdravstvene stroške in vpliva na boljše metabolično stanje telesa in kvaliteto življenja sladkornega bolnika.

Dr. Arie Nouwen je imel zaključno predavanje o depresiji in diabetesu. Predavanje je bilo na neki način napovednik teme naslednjega srečanja DiaMind. Povedal je, da za depresijo

zboli eden od petih bolnikov s sladkorno boleznijo. Tako naj bi imeli okoli 20 % sladkornih bolnikov tudi depresijo, kar je veliko višji odstotek kot med splošnim prebivalstvom (okoli 8 %). V raziskavah je bilo ugotovljeno, da je sama prisotnost sladkorne bolezni pri posamezniku, pa tudi stres, povezan z njenim uravnavanjem, dejavnik tveganja za razvoj depresije. Vendar je ta vpliv opazen le pri ljudeh, mlajših od 65 let. V raziskavah pa so opazili tudi obratno povezavo, da depresija poveča tveganje za razvoj sladkorne bolezni. Toda kljub dvema desetletjema raziskav še vedno ne razumemo dobro mehanizmov, ki povezujejo depresijo in sladkorno bolezen. Poleg tega pa tako bolniki kot zdravstveni delavci še vedno pogosto spregledajo simptome depresije in jim ne dajo dovolj velike teže.

Tretje mednarodno srečanje smo zaključili v zgodnjih večernih urah z obljubo, da se drugo leto spet srečamo.

*Tina Lipar*

## **NJENIH 30 LET – SLOVENSKA UNIVERZA ZA TRETJE ŽIVLJENJSKO OBDOBJE**

**Ljubljana, 20. marec 2014**

Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje letos praznuje trideset let delovanja. Z namenom obeležjenja hvalevrednega jubileja je pripravila slavnostni dogodek, ki se je odvil 20. marca 2014 v Klubu Cankarjevega doma v Ljubljani. Dogodek je potekal pod častnim pokroviteljstvom predsednika Republike Slovenije Boruta Pahorja, poleg predsednika pa so se ga udeležili tudi minister za izobraževanje, znanost in šport in predstavniki Ministrstva za notranje zadeve.

Prvi je prisotne nagovoril dr. Jernej Pikalo (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport). Poudaril je, da je prostovoljsko delo, na katerem temelji tudi delovanje Slovenske univerze za tretje življenjsko obdobje, prevečkrat spregledano in

premalo cenjeno. Ob izraženi podpori je dodal, da tudi ministrstvo razvija koncept vseživljenjskega izobraževanja. Sledijo prepričanju, da je tovrstno izobraževanje most med generacijami, hkrati pa omogoča širjenje in krepitev socialne mreže. Starejša generacija ima namreč ogromno znanja in izkušenj, ki jih lahko deli z mlajšimi generacijami.

Sledil je pozdravni nagovor dr. Ane Krajnc. Na kratko je predstavila nastajanje Slovenske univerze za tretje življenjsko obdobje. Poudarila je potrebo po učinkovitem odgovarjanju na potrebe starajoče se družbe. V prihodnje je nujno zagotoviti mreženje civilnih in javnih organizacij ter ustanov na področju izobraževanja starejših ter tudi drugače poskrbeti za to, da bo aktivno staranje in udejstvovanje starostnikov v naši družbi mogoče.

Zadnji je udeležence prireditve nagovoril Aleš Kenda, predstavnik Ministrstva za delo,

družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dejal je, da se današnja družba sooča z naglimi spremembami, ki jih pogosto niti ne opazimo, a so kljub temu pomembne in odločilno vplivajo na naše življenje. Priče smo naglim demografskim spremembam, ki pred nas postavljajo nove izzive. Med drugim je potrebno podpreti različne oblike in načine aktivnega staranja in starejši generaciji omogočiti integracijo v družbo. Pozornost je potrebno nameniti tudi preseganju stereotipov o starostnikih in staranju.

Več o nastajanju in delovanju Slovenske univerze za tretje življenjsko obdobje je bilo moč izvedeti skozi video prikaz. Za prijetno vzdušje v dvorani so poskrbeli glasbeni vložki (nastopali so Ana Vipotnik, Igor Leonardi, Janez Škof in Marjan Stanič), za smeh pa je poskrbela igralka Saša Pavček, ki je odigrala odlomek iz monokomedije *Al' en al' dva?*

*Beata Akerman*

# STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

## 5-LETNI RAZVOJNI PROGRAM STAROSTI PRIJAZNE OBČINE ALI MESTA

Program starosti prijaznih mestnih in občinskih skupnosti je pred leti spodbudila Svetovna zdravstvena organizacija z namenom, da bi človeštvo čim bolj obvladalo izziv staranja prebivalstva. Globalna mreža starosti prijaznih mest in občin se naglo širi po svetu, na evropski ravni jo podpira EU. V naši reviji že dalj časa redno pišemo o njej ter o krajih, vključenih v slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin, ki jo koordinira Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Temeljna zahteva programa starosti prijaznih mest in občin je, da vsako mesto ali občina, ki se vključi vanjo, v prvih dveh letih pripravi in sprejeme svoj razvojni program ali strategijo za to področje. To je dokument občinskega sveta, po katerem občinska politika, uprava, zdravstvena, socialna, infrastrukturno-prostorska, kulturna in druge stroke usmerjajo razvoj svoje skupnosti in razporejajo skupna finančna sredstva. Osnova za izdelavo razvojnega programa starosti prijazne občine ali mesta so svetovna priporočila, v pomoč so lahko sprejeti razvojni programi podobnih mest in občin pri nas in po svetu, odločilne pa so konkretne potrebe, zmožnosti in stališča prebivalcev te skupnosti. Za ugotavljanje tega zadnjega smo v Sloveniji uvedli posebnost, po kateri nas poznajo v tujini: častni občinski ali mestni odbor uglednih seniorjev, ki skrbno zbirajo in zapisujejo svoja priporočila v za to posebej pripravljeni priročnik *Starosti prijazno mesto, oziroma Starosti prijazna občina*. Nekatere naše občine ali mesta pa so po zgledu programa Svetovne zdravstvene organizacije opravile tudi raziskavo o potrebah,

zmožnostih in stališčih prebivalstva glede staranja in sožitja generacij. Bistveno je namreč, da ta program ni splošen strateški dokument, ampak zelo konkreten razvojni načrt, ki je v praksi resnično izvedljiv in uresničen; narejen mora biti tako, da občinska politika, uprava, stroke in civilna družba po konkretnih kazalnikih sproti kontrolirajo njegovo uresničevanje.

Ob nalogah, ki jih je potrebno in možno v skupnosti opraviti z direktnim ciljem izboljšati možnosti za kakovostno staranje vseh krajanov, je čedalje bolj jasno, da ta cilj ni dosegljiv brez istočasne krepitve medgeneracijske solidarnosti in usposabljanja vseh prebivalcev skupnosti za lepše sožitje. Zato je Inštitut Antona Trstenjaka kot koordinator slovenske mreže starosti prijaznih mest in občin na temelju svojega več kot 20-letnega dela na področju raziskovanja ter oblikovanja in uvajanja praktičnih programov za medgeneracijsko sožitje pripravil *smernice za pripravo 5-letnega razvojnega program (strategije) starosti prijaznega mesta ali občine*, ki jih v nadaljevanju predstavljamo.

V uvodnem delu vsebuje 5-letni razvojni program starosti prijaznega mesta ali občine kratek **popis stanja na področju staranja in sožitja med generacijami v mestu ali občini**: javne in civilne programe, ki delujejo, ter značilne potrebe in možnosti kraja na tem področju.

Osrednji del programa **so konkretni programi in spremembe, ki jih mesto ali občina hoče uresničiti v 5-letnem obdobju** na vsakem od treh bistvenih področij za obvladovanje demografske krize:

1. programi za oskrbo bolnih in onemoglih starih ljudi,
2. programi za aktivno in zdravo staranje celotne upokojske generacije,

3. programi za krepitev solidarnosti med mlado, srednjo in tretjo generacijo ter vzgoja vseh generacij za lepše sožitje.

Na vsakem od teh treh področij naj bi v 5-letnem obdobju občina ali mesto uvedlo ali izboljšalo delovanje vsaj petih sodobnih programov, ki jih skupnost potrebuje. V času finančne krize priporoča Inštitut zlasti uvajanje tako imenovanih *mehkih programov*, ki so nizkocenovni in dosegajo velik del potrebnega prebivalstva tako, da z novim metodičnim znanjem, boljšo organizacijo obstoječih ustanov in služb, s pomočjo prostovoljstva in na podobne načine občutno izboljšajo zadovoljevanje perečih potreb ljudi. Navajamo nekaj možnosti za nove programe na vsakem od treh bistvenih področij.

- **Programi za oskrbo bolnih in onemoglih starih ljudi:** usposabljanje družinskih članov (t.j. družinskih oskrbovalcev) za lažje in boljše domače oskrbovanje onemoglega, bolnega ali invalidnega družinskega člana, priprava krajevnih medgeneracijskih središč v središču kraja z dnevnim in nočnim varstvom, stanovaljsko oskrbovalno skupnostjo, povečanje oskrbe na domu do povprečja EU zlasti z racionalizacijo organizacije.
- **Programi za aktivno in zdravo staranje** (poleg delujočih športnih, kulturnih in drugih programov v društvi upokojencev): izboljšave v prostorski in drugi dostopnosti za starejše ljudi, organizirano prostovoljstvo za vodenje različnih skupin starejših, širiteljski tečaji za preprečevanje padcev v starosti, za življenje s krvnim tlakom, za trezno staranje, za kakovostno življenje po upokojitvi, uvedba centra dnevnih aktivnosti v krajevnem medgeneracijskem središču ipd.
- **Programi za krepitev solidarnosti med mlado, srednjo in tretjo generacijo ter vzgoja vseh generacij za lepše sožitje:** usposabljanje vsega vzgojiteljskega in učiteljskega kadra v vrtcih in OŠ v kraju za medgeneracijsko vzgojo, uvedba prostovoljskega družabništva

mladih in upokojencev ob učenju uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije, ponudba tečajev za boljše medgeneracijsko komuniciranje v družinah, tečaji za boljše sodelovanje med mlajšimi in starejšimi delavci v podjetjih in ustanovah.

Vsak program, za katerega se mesto ali občina odloči, da ga bo v 5-letnem obdobju uvajala ali izboljšala, mora imeti **natančno opredeljene kazalnike**, po katerih se sprti brez težav ugotavlja uspešnost njegovega uvajanja in delovanja v praksi.

Razvojni program mora sistemsko povezovati vse politične in upravne resorje, še zlasti zdravstvo, socialo, vzgojo, izobraževanje in kulturo ter urejanje prostora in infrastrukture. Z njimi mora pri prizadevanjih za zdravo in aktivno staranje ter za krepitev medgeneracijske solidarnosti povezati vse ključne civilne subjekte, intelektualne in druge potenciale v kraju. Gibanje za starosti prijazno skupnost torej združuje vse politične, upravne, strokovne, civilne in druge sile v občini ali mestu, da prispevajo svoj delež h kakovostnemu staranju in lepšemu sožitju med generacijami. Gibanje za starosti prijazen kraj je odlična priložnost za pristno sodelovanje moških in žensk, bogatih in revnih, mladih in starih, vseh političnih, nazorskih in drugih usmeritev v kraju – **to je izrazito povezovalni program.**

Inštitut svetuje, da je razvojni program starosti prijazne občine ali mesta kratek in jasen politični dokument, napisan v lepem, vsakemu občanu razumljivem jeziku. Ker sestavljavci tovrstnih dokumentov običajno najlažje obsežno popišejo stanje in to, kar je bilo na tem področju že narejenega, je takšen daljši popis stanja smiselno dodati razvojnemu programu kot prilogo, v uvodnem delu programa pa le kratko orisati bistvene usmeritve, dosežke in nerešene naloge v dosedanjem krajevnem razvoju na področju staranja in sožitja med generacijami. Tudi razlaga kazalnikov in finančna konstrukcija izvedbe razvojnega programa sta lahko v prilogi



programa, da je le-ta v osnovnem delu čim bolj jasn, pregleden in vsakemu razumljiv.

Za lažjo orientacijo pri sestavljanju razvojnega programa starosti prijaznega mesta ali občine dodajamo še nekaj statističnih meril, ki so potrebna pri načrtovanju in uvajanju programov za oskrbo onemoglih, za aktivno in zdravo staranje ter za krepitev medgeneracijske solidarnosti.

- Na 1000 prebivalcev kraja je povprečno 200 ljudi starih nad 60 let in 170 nad 65 let.
- Na 1000 prebivalcev jih okrog 40 potrebuje dalj časa trajajočo oskrbo in nego zaradi starostne onemoglosti, bolezni ali invalidnosti. Od teh jih 8 oskrbujejo v domovih za stare ljudi, 2 do 3 imajo organizirano javno pomoč ali oskrbo na domu. Okrog 30 jih oskrbujejo doma; polovica od teh potrebuje malo oskrbe (nekaj ur na teden), polovica pa veliko. Najpogostejši domači družinski oskrbovalci so ostareli zakonci ter hčere, sinovi in snahе v srednjih letih ob redni službi in svoji družini. Domača družinska oskrba je daleč največji in za skupnost najcenejši sistem dolgotrajne oskrbe starih, bolnih in invalidnih ljudi – pomislimo, da neformalno, brez plačila in usposobljenosti, redno oskrbuje in neguje domače okrog 200.000 prebivalcev Slovenije, medtem ko to dela poklicno le kakih 15.000 oskrbovalcev, če seštejemo vse zaposlene v domovih, oskrbi na domu in patronažni zdravstveni negi. Občina ali mesto bi moralo na 2000 prebivalcev kraja enkrat letno nuditi tečaj usposabljanja družinskih oskrbovalcev, da bi le-ti lažje, bolje in dlje časa oskrbovali svoje družinske člane; to daleč najcenejši in najbolj učinkovit način javne skrbi za dolgotrajno oskrbo onemoglih, bolnih in invalidnih ljudi.
- Na 1000 prebivalcev je nad 160 zdravih upokojencev, ki veliko delajo za mlajši dve generaciji ter jih s svojimi pokojninami in prihranki pogosto tudi materialno podpirajo. Vsaj četrtina bi jih morala biti vključena v

različne programe za aktivno in zdravo staranje, kar se lahko doseže z 10 usposobljenimi prostovoljci (na 1000 prebivalcev) za različne programe.

- Na 1000 prebivalcev je nad 150 starejših od 50 let, ki so računalniško nepismeni; vsaj 30 bi se jih želelo naučiti rabe računalnika. Za njihovo opismenjevanje v petih letih bi morali med srednješolci vsako leto usposobiti in organizirati vsaj 10 srednješolcev, ki bi se z njimi družili eno uro tedensko skozi eno leto ob učenju rabe računalnika.
  - Učitelji v OŠ in vzgojitelji v vrtcu (ter profesorji SŠ, če so v kraju) so najštevilčnejša skupina intelektualcev v kraju. Če jim prištejemo še druge intelektualce v javnih službah (občinska uprava, zdravstveni dom, knjižnica, center za socialno delo ...), so zaposleni v javnem sektorju neizčrpen intelektualni potencial za dviganje zavesti o zdravem in aktivnem staranju in lepšem sožitju med generacijami. Pogoj za aktiviranje tega potenciala v vsakdanjem življenju na njihovih delovnih mestih, v družinah in krajevnih skupnostih je njihovo sistematično izobraževanje o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju na osnovi odločitve mesta ali občine za prioriteten razvoj na tem področju v naslednjem 5-letnem obdobju.
  - Krajevna javna občila in knjižnica lahko postanejo v povezavi z usposobljenimi prostovoljci pomembno kulturno središče za širjenje medgeneracijske kulture sožitja in sodelovanja (redne konstruktivne oddaje in objave o kakovostnem staranju in medgeneracijskih odnosih, uvajanje bralnih skupin za starejše, prostovoljsko družabniško branje na domu ...).
- Gibanje za starosti prijazno skupnost je učinkovit način za celosten razvoj skupnosti. Sedanje krize so rešljive tako, da se v krajevni skupnosti opremo na ljudi, njihovo željo po kakovostnem življenju, sožitju in staranju ter

na njihovo pripravljenost, da dvignejo raven življenja in sožitja v svojem kraju. Inštitut je že usposobil in uvedel v delo več tisoč prostovoljcev po vsej Sloveniji, od katerih vsak z vodenjem skupine za starejše naredi okrog 2 uri tedensko za svojo skupnost. Prispevek vsakega od njih bistveno dvigne kakovost staranja desetim ljudem, v okolju se dviga upanje na boljše, sam prostovoljec pa se s tem pripravlja na lastno kakovostno staranje. Pogoj za delovanje medgeneracijskega prostovoljstva je kakovostno ozaveščanje celotne skupnosti, dobro sodobno usposabljanje prostovoljcev za medgeneracijsko delo ter njihova učinkovita organiziranost. Ker približno 15 prostovoljcev opravi za skupnost letno delo ene polne zaposlitve (bruto vrednost

20.000 EUR), se vodstvu občine ali mesta zelo splača poskrbeti za organiziranje krajevnega medgeneracijskega središča, ki poleg organizacije medgeneracijskega prostovoljstva povezuje vsa krajevna prizadevanja za kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje in s tem uresničuje občinski ali mestni razvojni program starosti prijazne skupnosti. Vključitev v slovensko in svetovno mrežo starosti prijaznih mest in občin ter kvaliteten 5-letni razvojni program za področje staranja in medgeneracijskega sožitja sta lahko učinkovit pripomoček, da občinska ali mestna skupnost naredi viden korak v razvoju na področju kakovostnega staranja in krepiteve solidarnosti med generacijami.

*Jože Ramovš*

## IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

### DELO INŠTITUTA ANTONA TRSTENJAKA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE V LETU 2013

Na Inštitutu stalno izvajamo dejavnosti na področjih gerontologije in medgeneracijskega sožitja, psihologije, logoterapije in antropohigiene ter omam in zasvojenosti. V tem poročilu bomo na kratko prikazali delo v preteklem letu na našem najobsežnejšem področju delovanja – gerontologije in medgeneracijskega sožitja.

Vsako četrtletje smo izdali redno številko edine slovenske znanstvene in strokovne revije za področje staranja in medgeneracijskega sožitja *Kakovostna starost* v nakladi 500 izvodov. V letu 2013 je izšel njen 16. letnik na skupno 344 straneh. Revija je interdisciplinarno odprta za strokovnjake vseh področij, ki osvetljujejo staranje in sožitje generacij (socialna in zdravstvena gerontologija, socialno delo, ekonomija, sociologija, filozofija, psihologija, teologija, pravo, andragogika, etnologija, arheologija, arhitektura in druge). Posebno poslanstvo revije je sistematično prinašanje svetovnih gerontoloških in medgeneracijskih spoznanj v slovenski prostor v obliki daljših strokovnih prikazov, krajših drobcev in najavljanja dogodkov, čemur smo dali največji poudarek tudi v letu 2013.

Gerontološko znanje širimo tudi s **spletno stranjo Inštituta**. Na njej so dostopni povzetki vseh znanstvenih člankov iz revije (nekateri pa v celoti), objavljeni prikazi in drobci iz gerontološko-medgeneracijske literature, gerontološki dogodki, poročila s simpozijev, festivalov in delavnic ter gerontološko izrazje, kar pripomore k dostopnosti in širitvi spoznanj. Tudi v letu 2013 smo spletno stran nadgradili. Gerontološka

spoznanja smo objavljali tudi v več drugih domačih in tujih revijah in knjigah tako na znanstveni in strokovni kakor na poljudni ravni.

Skozi vse leto smo imeli številna javna predavanja in okrogle mize po raznih krajih Slovenije, aktivno pa smo sodelovali s tremi prispevki na **20. IAGG Svetovnem gerontološko geriatričnem kongresu**, ki se je odvijal v Seulu od 23. do 27. junija 2013; to je največji svetovni znanstveni dogodek s tega področja, ki poteka vsaka štiri leta. O dogajanju na njem in o naših prispevkih na kongresu, obširneje poročamo prav v tej številki, zato tukaj omenjamo le naslove prispevkov. Prvi referat je nosil naslov *Računalniška (ne) pismenost starejših prebivalcev Slovenije*. Naslov drugega referata je bil *Potencial socialnega gradienta pri obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni*; v njem smo predstavili rezultate raziskave, ki smo jo s tega področja zaključili v letu 2012 in nova spoznanja, ki smo jih pridobili pri nadaljevanju dela na teh vsebinah. Tretji prispevek se je nanašal na svojce, ki oskrbujejo onemogle družinske člane – *Model družinske oskrbe ob visoki stopnji zaposlenosti žensk v Sloveniji*. Naši referati so bili med udeleženci kongresa zelo dobro sprejeti. To nam daje potrditev, da se na Inštitutu z raziskovalnim delom in z razvojem programov za kakovostno staranje ustrezno odzivamo na izzive, ki jih s seboj prinaša staranje prebivalstva.

**Starosti prijazna mesta** (*Age-friendly cities*) so mednarodni program Svetovne zdravstvene organizacije, ki skuša mestom pomagati, da se pripravijo na dva globalna demografska trenda, to sta naglo staranje prebivalstva in širjenje urbanizacije. V programu je identificiranih osem področij, ki vplivajo na zdravo in kvalitetno življenje starejših ljudi: stavbne in izvenstavbne površine, prevoz, bivališča, družabno življenje, spoštovanje

in vključevanje v družbo, družbeno angažiranje in zaposlitev, občevanje in obveščanje ter storitve skupnosti in zdravstvenih služb. Mesta, ki se želijo vključiti v globalno mrežo Starosti prijaznih mest, se morajo zavezati, da bodo kontinuirano sledila programu Starosti prijaznih mest in svoj razvoj načrtovala tako, da bodo postajala čim bolj prijazna starim ljudem. Slovenskim mestom pri tem pomaga Inštitut Antona Trstenjaka, ki je nacionalni koordinator slovenske mreže Starosti prijaznih mest in občin (SMSPM) ter njene vključenosti v svetovno mrežo. Nas podlagi novih evropskih smernic tega globalnega programa smo oblikovali okvirni program in pravila delovanja slovenske mreže in opravljali vse naloge za vključene občine in mesta. Ob koncu leta 2013 je vključenih 13 slovenskih mest in občin, nekaj se jih pripravlja na vključitev.

Nadaljevali smo z obdelovanjem podatkov naše reprezentativne raziskave o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več. Nekatere izsledke smo objavljali v reviji *Kakovostna starost* in na spletni strani. Konec leta 2013 pa je izšla znanstvena monografija z naslovom *Staranje v Sloveniji*, ki prinaša raziskovalna spoznanja o petindvajsetih temah staranja in medgeneracijskega sožitja na 600 straneh. Štirinajst avtorjev, po starosti iz vseh generacij, je v luči tujih in domačih spoznanj obdelovalo podatke velike reprezentativne terenske raziskave *Potrebe, zmožnosti in stališča prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več*. Iz obilja kakovostnih podatkov so izbrali teme, ki osvetljujejo vprašanja o *aktivnem in zdravem, dostojanstvenem, informacijsko, kulturno in duhovno poglobljenem staranju v luči medgeneracijskega sožitja*. Ob branju rokopisa sta sociolog, akademik prof. dr. Zdravko Mlinar, ter ekonomist, nekdanji minister, prof. dr. Vlado Dimovski, napisala svoje tehtne razmisleke, ki vsebinsko dopolnjujejo monografijo.

Kaj lahko nudi branje te knjige slovenskemu politiku ali uslužbencu državne ali občinske

uprave? Pristne informacije o tem, kaj 750.000 prebivalcev Slovenije, ki so stari nad 50 let, potrebuje za svoje staranje, kaj sami zmorejo na tem področju in kaj hočejo. Pa tudi široko sodobno znanje o staranju in sožitju generacij. Slovenske politike in javno upravo namreč čaka pereča naloga oblikovati nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo odgovarjal potrebam in zmožnostim. Čaka jih smiselno odzivanje na probleme demografske krize. Najprej pa jih čaka naloga, ki je pogoj za navedeni dve: povezati socialni, zdravstveni, prostorsko-infrastrukturni in vzgojno-izobraževalni politični in upravni resor v enovito odločanje in delovanje. Staranje in sožitje sta namreč prezahtevni nalogi, da bi jih zmogel reševati vsak posamezni resor, in preveč pomembni, da bi jih smeli prepustiti le kateremu od njih. Pogoj za smiselno politično in upravno vodenje državne in krajevne skupnosti pa so stvarni podatki o potrebah, zmožnostih in stališčih ljudi.

Kaj nudi knjiga znanostim in strokam, zlasti socialnim, zdravstvenim, prostorsko-infrastrukturnim, informacijsko-kulturnim in vzgojno-izobraževalnim, ki so najbolj povezane s staranjem in sožitjem ljudi? In ustanovam, ki delajo na teh področjih? Nove raziskovalne podatke in spoznanja, ki nagovarjajo k premiku iz delnih k celostni gerontologiji in k celostni obravnavi človeka v njegovem vseživljenjskem poteku. Gerontologija je danes pespektivno področje mnogih ved, toda le v partnerskem interdisciplinarnem sodelovanju vseh.

Knjiga daje nova znanja in inspiracije tudi civilni družbi nevladnih organizacij. Te so družbeni amortizer in nepogrešljiv partner politiki, upravi, znanostim in strokam pri delu na področju staranja in sožitja.

Nenazadnje je knjiga namenjena vsem ljudem, ki bi se radi zavestno usmerjali v sožitje s svojo in drugimi generacijami ter v lastno kakovostno starost. Avtorji knjige so imeli pri pisanju pred očmi vzor Antona Trstenjaka, ki je znanstvena spoznanja podajal za vsakogar v razumljivi in lepi slovenščini. Naj bo ta znanstvena

monografija tudi v njegov spomin ob 20-letnici Inštituta Antona Trstenjaka. In v spoštljiv spomin pionirju slovenske gerontologije, Bojanu Accettu, ki je četrto stoletja pred drugimi dojel pomen te vede za družbeni razvoj ter kot zdravnik, raziskovalec, pedagog in praktik delal v interdisciplinarni povezanosti z družboslovci in arhitekti.

Naloga, ki se ji na Inštitutu veliko posvečamo na temelju raziskovalnih podatkov in našega preventivnega znanja, je načrtovanje, priprava in implementacija potrebnih in cenovno ugodnih preventivnih programov za zdravo in aktivno staranje ter za solidarno sožitje generacij. Taki programi praviloma slonijo na prostovoljskem delu ljudi, ki svoje strokovne in življenjske izkušnje nadgradijo po metodi socialnega učenja z novim znanjem in veščinami in ga potem kompetentno širijo v svoje okolje ter tako izvajajo družbeno koristno delo. Izviren tovrstni program Inštituta je **socialna mreža programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami**, ki jo praktično uvajamo že več kot dve desetletji po Sloveniji – to je naš najstarejši in najbolj razvejan program. Sofinancirajo ga MDDSZ in občine ali ustanove, kjer te programe izvajamo. Z njimi ozaveščamo ljudi v občini, krajevni ali drugi skupnosti ali v ustanovi za stare ljudi o kakovostnem, zdravem in aktivnem staranju ter o solidarnem sožitju med generacijami, usposabljammo posameznike in skupine za učinkovito uresničevanje teh nalog na principu samopomoči in krajevnih samoorganizacij. Glavni namen mreže je preprečevanje socialne izključenosti starejših in krepitev medgeneracijske solidarnosti. Mreža obsega nad dvajset med seboj povezanih programov, ki so razporejeni v štiri vsebinske sklope. V nadaljevanju prikazujemo nekatere zanimive rezultate tega programa v preteklem letu.

Do junija 2013 je 20 dijakov usposobilo 20 starejših ljudi za delo z računalnikom, jeseni pa smo začeli z novo skupino 22 novih parov – starejših ljudi in dijakov-prostovoljcev. Zelo dobro so bili obiskovani tečajji za družinske člane, ki doma oskrbujejo svojce – na njih smo usposobili

blizu 100 udeležencev. Evalvacije kažejo, da so z vsebinami tečaja in z obliko dela zelo zadovoljni in da so njihova pričakovanja izpolnjena. Za tovrstne tečaje se zanimanje zelo povečuje, kar kaže na to, da so potrebe svojcev po znanju in veščinah za boljše oskrbovanje velike. Posebno pozornost zasluži širiteljski program za preprečevanje padcev v starosti. Do konca leta 2013 smo usposobili 24 novih prostovoljskih širiteljev – voditeljev programa za preprečevanje padcev v starosti, ki so uspešno ustanovili in vodili na terenu skupine starejših za preprečevanje padcev. Izobraževanje za družabnike s starim človekom smo prenovili ter ga dopolnili tako, da je večji poudarek na njihovi vključenosti v medgeneracijske in intervizijske skupine. Novih voditeljev skupin smo izobrazili 38. Tudi v preteklem letu smo skrbeli za večletne prostovoljce. Za ljubljanske prostovoljce smo skupaj z ljubljanskim medgeneracijskim društvom izdali 6 številčk biltena *Prostovoljec*. Za medgeneracijske prostovoljce, vključene v krajevna društva, pa smo v novembru na Pokljuki organizirali osvežitveni tečaj, ki se ga je udeležilo 34 prostovoljcev. Po evalvacijah sodeč so prostovoljci dobro napolnili svoje »baterije« za plemenito in v teh kriznih časih še posebej koristno delo. Nekonrolirano pitje alkohola ter druge omame substance ali zasvojenosti, zmanjšujejo možnosti aktivnega staranja, zato je na tem področju potrebna preventiva. Za MZ smo v manjšem obsegu nadaljevali s programom za trezno in zdravo staranje. V okviru Mreže medgeneracijskih programov smo v letu 2013 začeli izvajati ta program v skupinah za kakovostno staranje. Podobno poteka tudi širiteljski program za kakovostno staranje ob povzrašanem krvnem tlaku.

V letu 2013 se je Inštitut maksimalno preusmerjal iz pretežno javnega financiranja s strani države na projektno in tržno preživetje. Z vidika vsebinskega dela in razvoja pa lahko ocenimo delovanje Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v tem letu kot zelo uspešno. Zavzetost in dobro medsebojno

sodelovanje zaposlenih sta pripomogla, da smo ob ekipi šestih redno zaposlenih dosegli zaviljive rezultate.

*Ksenija Ramovš,  
direktorica Inštituta Antona Trstenjaka  
za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*

### 13. FESTIVAL ZA TRETJE ŽIVLJENJSKO OBDOBJE

**Cankarjev dom, Ljubljana, 1. do 3. oktober 2013**

Prvi dan festivala se je tradicionalno pričel s slavnostnim odprtjem. Program je povezoval Boštjan Romih. Udeležence na svečanosti sta pozdravila Zoran Jankovič, župan Mestne občine Ljubljana, in dr. Mateja Kožuh Novak, predsednica Zveze društev upokoјencev Slovenije. Osrednji in častni govor je pripravila dr. Anja Kopač Mrak, ministrica za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, video nagovor pa je pripravil evropski komisar László Andor, član Evropske komisije, pristojen za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje. Otvoritvene slovesnosti se je udeležil tudi predsednik Republike Slovenije Borut Pahor. Slovesnosti so se udeležili tudi številni ugledni domači in tuji gostje, med njimi tudi varuhinja človekovih pravic Vlasta Nussdorfer, minister za obrambo Roman Jakič, državnozbornski poslanci, predstavniki nevladnih organizacij in člani diplomatskega zbora. Za prijetno glasbo sta poskrbela Pihalni orkester Konservatorija za glasbo in balet Ljubljana in Orkester ljubljanskih veteranov pod taktirko dirigenta, prof. Andreja Zupana. Na odru se je zvrstilo tudi več solistov, med drugim Lado Leskovar in Tina Drole, za smeh pa je poskrbel Andrej Rozman – Roza.

Prvi je udeležence nagovoril Zoran Jankovič, ki je opozoril na probleme starajočega se prebivalstva in potrebne spremembe in ukrepe v prihodnosti. Poudaril je, da se z nižanjem pokojnin ne da rešiti finančne krize.

Bučen aplavz je požela dr. Mateja Kožuh Novak. Ta je spregovorila o gojenju medgeneracijske

solidarnosti in sodelovanju. Poudarila je, da je v tem težkem času potrebno imeti še večji posluš za stiske tistih, ki pomoč najbolj potrebujejo. Dejala je, da je naloga starejših med drugim to, da stojijo ob strani svojim otrokom in vnukom. Pravi: *»Naši otroci nas potrebujejo. Pomagajmo jim prebroditi krizo brezposelnosti. Prosim vas, da pomagamo drug drugemu, da pokažemo mladim rodovom, to kar smo mi gojili petdeset let, da znamo sodelovati med sabo, da imamo občutek za človeške stiske in da bomo pomagali tistim, ki so se znašli na dnu.«* Nagovorila je prisotne ministre, katere je opozorila, da je v odločitvah še vedno premalo modrosti in sodelovanja, saj se reševanja krize lotevajo posamezni resorji brez dialoga z drugimi. Tu se je navezala na besede mladega ekonomista in jasno izrazila nestrinjanje z njim. Pravi: *»Svet ne stoji samo na sposobnih, svet stoji na vseh nas. Velja prisluhniti starejšim, saj je bilo v zadnjih dvajsetih letih premalo modrih odločitev«.* Župana mestne občine Ljubljana je pohvalila za dosedanje ukrepe na področju kakovostnega staranja, ob tej priložnosti pa ga je opozorila, da še vedno ni poskrbljeno za starostnike, ki jih je bolezen priklenila na domačo posteljo in starostnike z najnižjimi mesečnimi dohodki. Svoj govor je dr. Kožuh Novak zaključila z apelom po boljši organiziranosti služb in dostopnosti pomoči in storitev tudi tem starostnikom.

Dr. Anja Kopač Mrak je poudarila moč skrupnosti, še posebej v času krize. Po njenih besedah *»moramo pomagati drug drugemu, da bomo lahko iz krize prišli močnejši«.* Velikega pomena je tudi sodelovanje med generacijami. Dejala je, da s staranjem prebivalstva starejši postajajo vse pomembnejši del družbe, s tem pa se povečuje tudi njihova odgovornost za družbeni razvoj. Da bi krizo rešili je potrebno vzpostaviti dialog in sodelovanje drug z drugim, ne drug mimo drugega. Med drugim je povedala, da današnji čas zahteva od nas tisto, kar je bistveno za človeka. Pravi, da je *potrebno stopiti skupaj, prepoznati stisko drugega in mu pomagati. Pogosto se beseda ustavi ob tem, kaj*

*mora storiti za nas država, a zavedati se moramo, da smo država ljudje. Kriza je čas, da se ponovno spomnimo, da materialne stvari niso najbolj pomembne, pomembno je to, da znamo sobivati drug z drugim. Na to smo že davno pozabili. In prav tu imajo starejši ljudje pomembno nalogo, da mlajše generacije poučijo, kako pomembna je medgeneracijska solidarnost.* Na koncu je ministrica namenila nekaj besed še sektorskemu povezovanju in nastajajočim ukrepom ter dokumentom, katerih namen bo zagotoviti varno in lepo prihodnost starejše generacije. Kot ključno nalogo ministrstva v prihodnjem letu je omenila vzpostavitev sistema dolgotrajne oskrbe in osebne asistence.

Evropski komisar László Andor je v svojem nagovoru združil vrsto preventivnih ukrepov, katerih skupni cilj je zagotovitev kakovostnega staranja. Opozoril je, da se bomo s problemi starajoče se družbe lahko uspešno ukvarjali šele tedaj, ko bo aktivno staranje pomembna politična prioriteta. Nujno je zagotoviti kontinuirano vlaganje v socialne politike, ki pomagajo posameznikom, družinam in družbi, da se prilagodijo spremembam v starajoči se družbi. To še zlasti velja za področje dolgotrajne oskrbe. Na tem mestu je Andor poudaril pomembnost preventivnih ukrepov. V letošnjem letu Evropska komisija ponuja finančno podporo za razvoj celovitih strategij aktivnega staranja. Ob tem je omenil vključenost nekaterih slovenskih mest v gibanje starosti prijaznih mest. Prav tako pomembni so projekti, katerih namen je podaljševanje delovno aktivnega življenja. Kot primer je izpostavil poljski projekt »Zreli podjetnik«, ki vključuje zaposlene in brezposelne starejše delavce ter upokojujence, ki si želijo samozaposlitve. V Sloveniji poteka projekt »Podjetno v svet podjetništva«. Namen projekta je podpreti mlade pri ustanavljanju njihov podjetij. Velikega pomena ob tem so izkušnje upokojenih strokovnjakov, ki prevzamejo vlogo mentorjev tem mladim podjetnikom. Andor je svoj govor zaključil s pregledom načrtovanih ukrepov. Dejal je, da je Evropska komisija za naslednjih sedem

let predlagala zdravo in aktivno staranje kot eno prioritetenih investicijskih področij znotraj Evropskega socialnega sklada, pri čemer naj bi države članice namenile višji odstotek sredstev za izboljšanje zaposlitvenih možnosti starejših delavcev. Ob koncu slovesnosti so bila podeljena priznanja za dolgoletno sodelovanje na festivalu.

Po končani slovesnosti odprtja festivala se je pričel strokovni program. V treh dneh je sledilo 9 predavanj in okroglih miz. Beseda je tekla o moči in nemoči evropskega aktivnega državljanstva, o aktivnem državljanstvu za vse generacije, o vzgoji in izobraževanju za aktivno državljanstvo, o povezovanju upokojevanja starejših in zaposlovanja mladih, o novem evropskem finančnem okviru 2014-2020, o skrbi za zdravje med starejšimi v času pomanjkanja, o dolgotrajni oskrbi, o enostavnih prilagoditvah stanovanja za povečanja varnosti starejših in zmanjšanje tveganja za padce in o kakovostnem življenju v starosti.

Vzporedno s strokovnim programom je potekal tudi izobraževalni program. V okviru letnega so se zvrstila številna predavanja in delavnice. Veliko jih je bilo namenjenih aktivnemu in zdravemu življenju v starosti, izobraževanju in kulturnemu udejstvovanju, medgeneracijskemu prenosu znanja, starosti prijaznim bivališčem, plesu in vadbam, računalniškim spretnostim, nekaj pa je bilo tudi potopisnih predavanj. Zelo pester program predstavitev, izobraževanj in delavnic pa je kot samostojno celoto organizirala Mestna občina Ljubljana. V okviru letnega so sodelovali tudi sodelavci z Inštituta Antona Trstenjaka. Pripravili smo predavanje o preprečevanju padcev v starosti in o domači oskrbi starca človeka.

Na festivalu je svoje izdelke in storitve predstavljalo več kot 180 razstavljalcev. Pri večini je bilo moč dobiti tudi koristne informacije, ter si razširiti obzorja glede storitev, pripomočkov, prehranskih dopolnil, tečajev in različnih izobraževanj, ki so dandanes na trgu.

*Beata Akerman, Tina Lipar*

# KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ

*Maja Sevnik*

## Vitomil Zupan in njegova babica

**AVTORICA:** *Maja Sevnik* je profesorica slovenščine in francoščine, članica Medgeneracijskega društva za kakovostno staranje Ljubljana.

### ABSTRACT

#### **Vitomil Zupan and his grandmother**

In the Romanesque biography of Vitomil Zupan entitled *The Comedy of Human Fibres* a reader is introduced to the role of a grandmother on the maternal side, the primary caretaker of a child who is growing up without a father, who passed away during the First World War, and in the absence of a mother who re-married. The grandmother is presented as an upright, determined person, who is most caring, attentive and devoted and helps his young grandson on his way to becoming an independent adult. She is the one who tries to influence him with her own values, while he attempts to search for, try out and form his own individual personality through his own experiences that often turn out very daring. The process of maturity brings the young boy in touch with his own individuality, which itself is an endless endeavour. At the same time he encounters his grandmother and his internal dialogues with her let him believe how she was truly the one that most significantly taught him the most of what he knows about life. His memory of her is a sacred thing and he remembers her with gratitude.

**AUTHOR:** *Maja Sevnik* is a teacher of slovene and french language, she is a member of intergenerational association for good quality of old age Ljubljana.

Vitomil Zupan, pisatelj, pesnik, dramatik, esejist, pisec scenarijev, pravljicar, prevajalec, vsestranski umetnik, bi bil letos star sto let. Ifigenija Simonovič, Aleš Berger, Alenka Puhar in Nela Malečkar so spomin na umetnika obeležili z izdajo knjige, ki vsebuje biografijo, dokumente, novele in pričevanja z naslovom *Vitomil Zupan, Važno je priti na grič*. V NUK je na ogled razstava *Način biti*, v Kinoteki so predvajali filme po njegovih scenarijih, 8. februarja so v knjigarni Mladinske knjige, v Konzorciju o pisatelju spregovorili uredniki monografije in režiser Metod Pevec, ki je pred leti o Zupanu posnel dokumentarni film *Mrki kondor*.

Janko Kos je zapisal: *Vitomil Zupan spada med pisatelje, katerih literaturo je nemogoče ločiti od življenjske zgodbe. (...) Tu je seveda še dejstvo, da je Zupanova biografija, kolikor jo poznamo iz njegovih pripovednih spisov, pa tudi drugih virov, že sama po sebi vsaj toliko zanimiva, kolikor je zanimiv njegov literarni svet, ki ga je iz te snovi načrpal v svoje knjige. Res so se bralci za Zupanovo zasebno življenje že od nekdaj zanimali prav toliko kot za njegovo literaturo.* (Berger, 1993, str. 7)



Bil je neulovljivega, nemirnega duha, človek številnih identitet – mornar, boksar, filozof, slikar, učitelj smučanja ..., pustolovec, zapornik, nagrajenec ... »Nagrade in sramotjenja prihajajo kot gosi v vrsti«, je sam zapisal.

»Pisati je začel kot predšolski otrok, svoje 'spise' je šival v zvezke. Prvo novelo je natisnil leta 1933 v reviji *Mladika*.« (Iz Zupanovega v tretji osebi napisanega *Gradiva za življenjepis*, besedila, napisanega leta 1979, objavljenega v *Interpretacijah 3*, Nova revija). V pismu Francetu Piberniku pa piše: »Spominjam se drobnih čarov iz predšolske dobe. Navedel bi jih kot podobe po spominu: neko stanovanje v tedanji Škofji ulici, sedenje pri toplem štedilniku, mamina (tako sem imenoval materino mater, babica to ime se pri nas ni uporabljalo) mi pripoveduje zgodbe o raziskovalcih ...« (Pibernik, 1978)

Živel je pri babici v Trnovem. Njegov oče, bančni uradnik in avstroogrski oficir je padel v vojni dve leti po rojstvu sina, mati, učiteljica, se je znova poročila.

Ob branju njegove romansirane biografije *Komedija človeškega tkiva* spoznamo, kako pomembno vlogo v njegovem življenju je imela babica.

Njegovo mamino v *Interpretacijah 3* omenjata tudi Manca Košir: »Pisatelj preklinja: 'O babica, zakaj si me naučila govoriti!'« in Ifigenija Simonovič: »Vitomil ni povedal kaj dosti. Kakšno prigodo o svoji babici, drugo je bilo robantenje čez politiko in kulturo – nepolitiko in nekulturo ali o boksanju, tega na gobec, onega v rebra.«

Mamino v romanu imenuje babica, je lepa visokorasla gospa, z očmi barve spominčic. Vnuk občuduje njene lepe roke z dolgimi prsti. Je njen varovanec, mama ga obišče le dvakrat ali trikrat na leto. Babica bdi nad njegovim zdravjem, skrbi za hrano in obleko, zna ravnati z denarjem, a je radodarna. Njegovo nagnjenje k ekstravaganci jo moti. Želi si, da bi diplomiral, vzgaja ga z mislimi iz starih pregovorov, vendar fant dela vse po svoje. Večno je v skrbch zanj, še posebej, ko izgine na potovanje ali pa takrat, ko ga zaprejo zaradi posedovanja orožja. Babica skuša zvedeti, kako je z njegovimi obiskovalkami, zgrožena bere njegove zapiske, najdene v njegovi sobi. Marsikaj se ji zdi neprimerno, marsičesa se ustraši, malo razume. Ko se začne vojna, sprejme v hišo ilegalca, posreduje pri policiji, ko vnuka zaprejo, in uspe ji, da ga izpustijo. Prosi ga, naj ne hodi k partizanom, a je ne uboga. Roman se začne in konča s 'pismom' babici, v katerem ji sporoča, da je vojno preživel, ji opiše, kaj vse je doživel in kako doživlja razmere v novi državi. Izpove ji svoje občutke in jo opiše kot samotarsko, a ne čudaško, vzravnana značaj brez napuha, ki ne izraža nežnosti in je vljudna brez sladkobe. V 'pismu' zapiše, da ga je ona naučila tvoriti stavke, bila je občutljiva za lepoto slovenščine, naučila pa ga je tudi vsega pomembnega za vsakdanje življenje. Včasih sta se sicer pogovarjala, a zanj je kljub vsemu ostala tujka. Naučila pa ga je največ od vseh, noben filozof ji ni enak.

V življenju hodijo z njim njene modrosti.

## **TEMATSKI IZBOR BABICA IN VNUK V ROMANU KOMEDIJA ČLOVEŠKEGA TKIVA**

Kako pomembna je bila babica v življenju pripovedovalca, nakaže že prvi zapis v romanu, 'obnovi' njegove biografije, ki se nanaša na njegovo skrbnico in se začne z vzklikom: »*Babica!*« Sledi skrb, da bo zaradi nočnega branja zamudil pouk.

»Nikoli nisi hotela razumeti, da berem in berem vse noči in da potem zamujam šolo. Oba sva imela prav. Imela si prav, da tako ne bom srečen. Imel sem svoj prav, da izvem nekaj o tem svetu. Šola mi je bila nepopisno zoprna. Ti si pa želela pritisniti na moje prsi (kakršnokoli) diplomo.

Nič pa ni na poti človeka jasno, določeno, čisto; vse je eno samo klateštvo. V opoldanskem tiščanju naših novejih glav v pesek delamo meglene sklepe. V hipu noči, v nenehnem prebujanju, sklenemo spremeniti, obnoviti svet. Spet in spet. Včasih v vrenju uničenja in nastajanja ni mogoč premislek. Ne zameri, babica, jaz moram po drugačni poti. Čeprav natanko vem – kako malo ostane za človekom. Imela si prav, ko si se bala, da iz mene ne bo nič. Imel je prav Valter, ki ga nisi marala, češ da me zapeljuje v ponočevanje; Valter je rekel: Ti si, moj dečko, genij brez področja. Na svoj način je imela prav tudi Radojka, ki je v razočaranju nad mano izjavila, da nimam značaja in da nisem sposoben pripadati, ljubiti, biti enoten, slogoven. Popisal sem na kupe papirja: pena, sama pena. Tvoje življenje je bilo enotno: ena sama odpoved; moje je bilo raztrgano na kosce, ena sama (raznovrstna) grabežljivost. Kasno sem zvedel, da si se morala omožiti s človekom, ki so ti ga izbrali brez tvoje vednosti; potem si morala imeti otroke in vnuke – in tudi živeti zanje. Eden takih nezavednih zajedavcev sem bil tudi jaz, ki sem zgodaj sklenil živeti po svoje.« (str. 16)

Babica skrbi za njegovo obleko in obutev, skuša ga vzgajati.

»Šolne sem sezul pri vratih, žulili so me. Babica mi kupuje zmeraj take trpežne šolne za sto let, s trdimi petami in debelimi podplatmi. Babica načrtuje moje življenje za cela stoletja. Zelo jo imam rad, zelo jo varam, lažem ji, in tudi ona mi povsem veruje. Kupuje mi rjave in zelene obleke, ker ne ve, da imam rad vse barve razen rjave in zelene. Tako odlično shajava. Takole okoli petih popoldne napravi špehovo solato v veliki skledi, in zraven brdavs polčrnega kruha. Kadar me poučuje o tem, kar mora biti, in o tem, kar ne sme biti, se skloni v naslanjaču naprej, obe roke sklene med kolena, v gube dolge obleke. Vse teče, kot mora. Zaman se sprašujem, ali sem imel koga rad? Ali so me vse samo naučili? Nekoga potrebuješ, v redu, na primer Sipkota, če se spopadamo z drugo bando dečkov. Ali Robija, ki je poln domislekov. Kako bi živel brez skrbne babice? Prejemal sem malo in malo dajal, a nič ni bilo velikega, vročega, usodnega. (str. 47)

Vzgaja ga s pregovori in reki.

»Babica me je učila: priden bodi, boga se boj in psov ne draži; od teh naukov sem upošteval samo tretjega. Babica je bila pravzaprav redkobesedna, ne vem, po kom sem podedoval čveka-vost. Imela je pa dar za jedrnata rekla, bila je polna pregovorov in čvrstih, kratkih primer. – Je hudič, kjer ni Boga; kjer je Bog, je križ, kjer je križ, so otroci; kjer so otroci, je drek; kjer je drek, pa smrdi – to je zdrdrala ko litanije.« (str. 52)

V nadaljevanju beremo o njeni skrbi za red, spoznamo njeno zunanost, njene načine odzivanja na njegova dejanja, ljubezen do čiste slovenščine.

»Babica ja bila polna velikega reda, pazila je na čistost in snago, dobra dejanja je delala po načelu, da naj ne ve levica, kaj dela desnica (noben berač ni šel praznih rok od hiše, a ni hotela, da kdo vidi, kaj mu je dala; še mene je strogo zapodila), imela je skrite prihranke (v kuvertah, na eni je bilo zapisano: za moj pogreb); nikoli ni kričala, nikoli izgovorila grde besede; ljubila je čisto slovenščino (ne reče se 'šporhed', reče se štedilnik), preproste jedi in tu in tam kozarček brinovca (en sam!) za želodec; čedna, visokorasta ženska, zmeraj lepo počesana, polna tihe modrosti: v vsem moje čisto nasprotje. Brala je počasi in s premislekom (pratlike, Ilustriranega

Slovenca, Sveto pismo, kak koledar). Včasih je obstala pred menoj in me predirljivo gledala s tistimi modrimi očmi (barve spominčic), počasi je rekla: le kje si se ti vzel? Res, kje? Od očeta (ki mi je umrl zelo zgodaj, sploh se ga ne spomnim) ali od matere, njene hčere (ki sem jo videl vsako leto dvakrat ali trikrat), babica je enkrat rekla, 'da ni po njej', ampak po očetu, ki je bil baje čudak. Vse to je prišlo za mano šele kasno. Celo popoldne je znala sedeti v velikem naslanjaču pod svojo ljubljeno staro uro z velikim nihalom, v lepo pospravljeni sobi. In kaj je delala? Čakala name. Ko sem neke nedelje odhajal na izlet (z Robijem in Sipkotom na Sveto Katarino, rekel sem pa, da grem v šolo; teh 'mulcev' ni marala, češ da so slaba družba) in mi je dala več denarja, kakor sem pričakoval, sem ji pritisnil poljub na čelo (sedela je v naslanjaču). Namrščila se je in si z dlanjo (s hrbtno stranjo) obrisala čelo in skoraj jezno rekla: Tak daj no mir! Šele davno po njeni smrti se mi je utrnilo, da je nisem niti malo spoznal in da prav nič ne vem, kakšen človek je v resnici bila. Samotarska, pa ne čudaška. Vljudna, brez najmanjše sladkobe. Zelo vzravnian značaj brez napuha. Kaj vse bi lahko rekel – a vse skupaj je samo pročelje hiše, katere notranjost mi je ostala zaprta. Vlak, ki sem ga zamudil; gladko tekoč je odpeljal mimo mojega življenja in izginil v daljavo, kamor odhaja vse. In vendar me je, ne da bi se zavedal, naučila celo vrsto stvari: tvoriti stavke, ki imajo rep in glavo, umivati roke in si čistili nohte, ne piti vode na ocvrta jajca ali na sadje, predvsem pa ne na kumare, celo vrsto rekel in pregovorov, pa kaj še vse, saj še dandanes hodijo za mano njene modrosti. 'Ta zarečenega kruha se največ poje.' 'Špot gre iz ust v nedrje.' Oho, babica, 'špot' pa ni po slovensko? Ni, a to je pregovor iz starine. Ko me je kopala, mi je zmeraj vrgla nekakšno krpo, češ 'na, skrij sramoto' – in sem si moral pokriti tiča. Vidim njene lepe roke z dolgimi prsti, ko je trebila solato. Ko sem ji pripovedoval, me je dolgo tiho poslušala, potem se je blago nasmehnila in rekla, da opletam z jezikom ko krava z repom. Ko sem užaljen utihnil, je čez čas pripomnila, da je molk velikokrat boljši ko golk. Ko sem prišel prepozno domov, je rekla samo, da ima noč svojo moč. Ko je v bližini sin prodal očetovo hišo, je zinila šparovček cirovčka najde. Vse znanje sveta je imela v sebi urejeno po neštevilnih predalčkih; nič ni bilo premalo, nič preveč. Rodila se je (kaj vem, kje in kako), živela je (ne da bi govorila o sebi) in zaspala v smrt brez stoka, s pogledom v strop. (str. 52 in 53)

Ko vnuk začne hoditi k plesnim vajam, proda nekaj svojih stvari, vendar za obleko doda še babica.

»Začel sem hoditi k plesnim vajam, Meta me je nagovorila k temu. Potreboval sem torej novo obleko, čevlje, srajco, kravato. Babici je bilo vse skupaj predrago. Prodal sem birmansko zlato uro in verižico, drugo je dodala babica, ki sem jo naplahtal, da vse skupaj nekdo prodaja pod ceno. Opremil sem se ko gospodek. S 'šimi - robčkom' v prsnem žepku.« (str. 92)

Zznanecem Adolfom se pogovarja o hedonizmu in o tem, kaj pomeni biti snob. Ko Adolf organizira večer z dvema uradnicama, vnuk družbo povabi na svoj dom.

»Sobo sem imel še kar veliko, a ležišče samo eno. Na tleh nekakšen kožuh, ovco, moj veliki dosežek v opremi stanovanja. (Prodal sem madono; babica se je držala za glavo, ko je to ugotovila.)« (str. 98).

Z babico sta skupaj za mizo.

»Z babico sva jedla popoldansko špehovo solato, pogledala me je, jaz pa sem ji vrnil pogled. Potrepljala me je zaskrbljeno po čelu in zamišljeno rekla: 'Ko bi le vedela, kaj se dogaja tukaj zadaj ...'« (str. 126)

Nekega dne se odloči za požig svojih rokopisov, babica predlaga, da papir uporabita za netenje ognja.

»Zakuril sem v štedilniku in polagal na ogenj zvezek za zvezkom, list za listom, gledal sem, kako gori. Bilo je deževnega popoldneva. V sebi sem občutil nekakšno topo bolečino, a hkrati se me je pollaščalo čudno olajšanje. Babica je prinesla cekar zelenjave, ki jo je kupila kje pri sosedih. Kaj da sežigam? Pospravil sem svojo sobo, bilo je veliko nepotrebnega papirja. Babica me je pohvalila, pripomnila je pa, da je odpadni papir uporaben za netenje ognja; takole da bo veliko saj.« (str. 124)

Po požigu vnuk znova začne pisati.

»Pisal sem, pisal in napisal črtico o pubertetniku, ki gleda skozi ključavnico v kopalnici, kjer se kopa njegova teta. Združil sem Adolfovo zgodbo o uživanju – s svojo o grozi. Sprva ni šlo, motilo me je tudi, da ni res. Tisto 'teto' sem videl pred seboj kot čudno zmes moje predstave ob Adolfovi pripovedi in lastnega doživljanja z babico. Sla in gnus sta se mešala čisto po svoje. Začutil sem, kako se mi je začelo tresti v drobovju. Vročica me je obšla. Premišljal sem o naslovu, ki mora biti nekako nenavaden. Skrivaško življenje Antonija Brezupa? Rojstvo in smrt iluzije? Antonijev sladki greh? Klopotanje vode čez Antonijevo življenje? Gnus in ugodje? 'Najbrž je vedela, da jo gledam,' je rekel Adolf. In zato je imela v moji prikazni nekaj polez Bujne, ki je bila rožnatega mesa; nenadoma pa je postala podobna babici, dobila je tisto sivkasto modrikavost. Začelo se je oboje prelivati v nekaj novega. Nastajala je 'teta'. 'Gledal sem jo pred seboj, 'videl' sem njene gibe, njene vstope, premike, njene skrivnosti. Začel sem trpeti; iz vročice sem prehajal v mrzlico, šklepetal sem z zobmi. Noč pa je tolkla za dežjem ob prislonjeno okno. Zdrznil sem se, prestrašil sem se: babica mi je prinesla čaj, tisti svoj sladki zeliščni čaj, postavila je skodelico na mizo in pogledala, kaj delam. Pokril sem popisano z belim listom. 'Nalogo nastavljam, za šolo,' sem pojasnil. 'In zakaj bi ne smela videti?' je vprašala. 'Prav lepo te prosim, babica, ti tega ne bi razumela. To je za filozofsko propedeutiko; naslov ima naloga 'Nihče ne more dokazati, da sem'; zelo težka stvar.' Gledala me je, prikimala, in počasi odšla. Moja prikazen 'tete' pa je bila uničena.

Babičina zaskrbljenost glede tega, kar učijo v šoli.

»Naslednji dan sem slišal, kako je spodaj pri vhodnih vratih razlagala babica sosedi:

'Dandanes so šole strašno težke. Kakšne naloge dajejo ubogim otrokom! Naš ta mali je bil sinoči tak, da sem se ustrašila za njegovo zdravje. Do enih je delal nalogo, potem se je menda še učil v postelji; videla sem, da je imel luč do treh. Zjutraj pa v šolo, siromak. Pa sploh ne toži. Jaz se pa tudi ne bom vtikala v šolske reči. Ampak to ni prav, ni in ni prav. Brati in pisati naj bi se otroci naučili, računati in pravilno vesti, nekaj zemljepisa in takih reči, ne rečem; potem pa naj bi se izučili kakšne obrti. Ne pa takih čudnih misli, ki mlado glavo čisto zmedejo. Kakšne zmešane oči je imel!'

Ko bi sirota vedela.« (str. 142 in 143)

Babico skrbi, ker vnuk ne hodi spat ob pravi uri.

»Vsak je uporaben za neki odsek našega življenja; vsi skupaj ne morejo biti; vsak ima svoje težave, svoje poglede, svoja veselja, ki z mojimi nimajo nobene podobnosti. Tako obstanem o mraku, ko sem babici povedal, da naj me nihče ne moti, ker moram napraviti nalogo in se učiti. Seveda, prižgati moram luč; saj zdaj vem, da hodi gledat, do kdaj sem pokonci. Nisem lačen ne žejen, ne zebe me, ni mi vroče, ne želim si ženske družbe; nič me ne boli, zdrav sem; sploh vse skupaj nekako gre, kakor rečemo, in še res je. Gre. Samo kam gre?« (str. 152 in 153)

Potem ko ob igri pokra kupi dva revolverja, prideta dva policista opraviti hišno preiskavo.

»Oblekel sem se kaj naglo. Človek se bolje počuti, če ima zategnjen pas. Ko sem bil pripravljen, je veliki mož uperil vame svoje kalne oči in iznenada zakričal: 'Kje je drugi revolver?' Ponovil sem, da ga ni. Namrtnil se je in hipoma spremenil ton. 'Daj še drugo stvarco, pa je mir.' (Milo:) 'Ti ne bo treba iti z nami, razumeš?' Ko sta mu propadla oba načina, se je brez težav sprjaznil s položajem in zahripal: 'Alo! Gremo!'

Vsega tega se spominjam še precej natanko. Pogledov bolj kot besed. Ne vem pa, kako so me odpeljali, kako so me pripeljali na policijo. Babica je stala na stopnicah v jutranji halji ko nekakšna sveta devica, jokalu je tiho in skušala nekaj reči možemu v sivem. Nejasno. Izmišljeno. Ko da cel kup manjka. Lahko ga ponaredim, spomniti se ga ne morem. Bog ve, kaj so se menili, preden jim je pokazala, kje spim? Kaj je mislila prej in pozneje? Dolinar, kdo si? Babica, kaj si? Obrušeni kamni na dnu rečne struge.« (str. 187)

Po preiskavi babica prebira njegove rokopise.

»Babica je prišla v sobo, razkopano po preiskavi, ko so me odvedli v arest. Ni razumela, kaj se godi. Zato je začela brati moje rokopise, ki so ležali tam na preprogi. Ko sva jedla jetrca, po moji vrnitvi, mi je povedala na svoj način. Pa kaj to pišeš, ubogi fani? Ustrašila se je za moje duševno zdravje. Tek me je minil, odgovarjati ji nisem mogel; posebno me je prizadelo, ko mi je omenila tisto kopalnico.

Zaprli sem se v svojo sobo in tiste rokopise začel prebirati z njenimi očmi, z njenimi očmi svetlo modre barve ko spominčice. Trpel sem čedalje huje, brez krivde kriv, sesedal sem se pod lastnimi besedami, ki niso bile več moje. Potem sem vse skupaj sežgal v peči. Nisem pa mogel sežgati tistega, kar me je žgalo, nepopravljivo, nejasno, nepregledno, nemara celo krivično, vsekakor pa hudo in nepozabno, divje in tenko, skeleče in ugovarjajoče hkrati.« (str. 200 in 201)

Babico skrbi, da se mu je zmešalo.

»Dvomim v svoje pisanje. Babica mi je rekla: 'Kaj to pišeš, siromak? Pomisli, da bi kdo bral! Izgnali te bodo v gozd ali zaprli v norišnico.'« (str. 200)

Zanima se za njegovo žensko družbo.

»Babica me je vprašala, kdo je tista plavolaska v modri obleki, s katero me je videla ob Gradaščici. Zanima jo, skrbi jo. Zlažem se, da je znanka z univerze. 'Ali jo imaš rad?' Zgrozím se nad to besedo, ne odgovorim; babica se mi modro nasmehne. Pobeegnem ji.« (str. 203)

Kadar se vnuk odpravi na izlet, babici pusti sporočilo.

»Ni se še napravil dan, ko sem sklenil oditi v hribe. Vstal sem in se opravil, po tistem obral špajzo, in se odpravil na kolodvor. Karto do postaje Dovje – Mojstrana. V Triglavsko pogorje bom šel. Babici sem pustil listek.« (str. 205)

Vnuk je čedalje bolj odsoten od doma.

»Včasih sem po dva, tri dni pri Beati. Babico sem navadil na izostajanje.« (str. 212)

Novico o Beatini nosečnosti pripovedovalec opiše takole:

»Tako pa je prišla poklafana, že vnaprej prepričana o slabem izidu pogovora z menoj. Splav, in to takoj, je razvijala misel, ali pa se odločiva za otroka; a ta se ne sme roditi nezakonski. Na kaj se pa lahko poročiva? sem vprašal. Na tvojo plačo? In na mojo babico?« (str. 230)

Babica težko sledi vsem spremembam mladostnika.

»Babica je že čisto obupala nad mano. Govorila je čedalje manj. Kosil sem bolj malo, in jo ubral nazaj spat, skušal sem brati, ni šlo, zaspal sem.« (str. 233)

S svojega potovanja ji napiše kartico.

»Najvažneje je bilo, da sem od nekod (menda iz Libanona) pisal dve kartici: babici in Robiju.« (str. 265)

Piše z ladje.

»Ladja počasi drsi čez Atlantik. Babici sem pisal, tedaj iz Italije dolgo pismo. Poučil sem jo, kam naj gre, kaj naj reče. In da naj mi pošlje potem Poste restante, Sušak, dovoljenje za dvig matrikole. Kako je sirota to zmogla, nisem nikoli zvedel. Poslala mi je 'Politično dovoljenje za plovbo na domačih in tujih ladjah kratke in dolge plovbe', z mojo sliko, vse, kakor je treba. Na črno sem se pripeljal na Reko in od tam v noči plaval na Sušak (z obleko, privezano s pasom na glavi).« (str. 279)

Sporoči ji, da se vrača domov, srečna ga sprejme.

»Babica je bila že pokonci. Gledala me je in se smehljala. 'Sem že mislila, da te ne vidim več,' je rekla. Nobenih večjih besed, nobenih solza, nobenega objemanja. 'Kaj boš jedel?' Imela je celo vrsto reči, ki jih imam rad. Najbolj sem se razveselil domačega fižola v solati z naribano redkvico.« (str. 293 in 294)

Kadar je prehlajen, mu pripravi zdravilen obrok.

»Moram, moram najti mesto v tej gneči bolj in manj enakih.

Da sem se nemara prehladil, sem pojasnil zjutraj babici. Napravi mi vinski šodo, to je redka naklonjenost.« (str. 296)

Babica želi preprečiti vnuku ekstravagantno oblačenje.

»Babica je menila, da ne morem hoditi po Ljubljani v svetlo žoltih čevljih; tod nihče ne hodi v čevlji kanarčkove barve. Vrabcu ne prenesejo kanarčka ali pisane papige; skljujejo pobeglemu ptiču glavo, ubijejo ga za vsak primer.« (str. 297)

Prosi ga, naj dokonča študij.

»Po kosilu se babica pripravi na pogovor z mano. Kaj zdaj? V mornariško šolo? Zakaj pa ne bi najprej dovršil tehnike? Da vsaj nekaj držim v rokah. Gleda me z vročo prošnjo v očeh; premišljala je o tem pogovoru, pripravila se je nanj, zdaj šepeta: ubogi fant! In ne pove, zakaj misli, da sem nesrečen.« (str. 298)

Medtem ko se zdravi, dobil je gonorejo, mu babica da večjo sobo.

»Vrgel sem se v študij, veliko sem bral, pisaril sem o klatežih. Študiral sem zgodovinske knjige; dobil sem Spomine Casanove. Zdravil sem se redno, vsa stvar je šla vidno na boljše. Babica mi je dala večjo sobo s posebnim vhomom, z vnemo sem se spravil k preurejanju. /.../ Prvič v življenju sem imel občutek, da stanujem. A iz malega raste veliko: sanjaril sem o čudoviti preprogi za na tla. Babica ni mogla razumeti, da nobena v hiši ni dovolj dobra zame.« (str. 309 in 310)

Z babico se pogovarja o tem, koliko lahko človek razume drugega človeka.

»Vstal sem in pri vratih nabil na babico, ki si je res nisem želel. Najin pogovor je bil tak:

BABICA: Ali naj skuham čaj, sem hotela vprašati, potem ko pridejo tvoji gosti?

JAZ: Hvala, ni treba. Saj imam kuhalnik.

(Resnična vsebina pogovora pa je ta:

BABICA: Kaj je s teboj, fant moj?

JAZ: Pusti me pri miru, lepo te prosim, saj ne boš nikoli razumela.

BABICA: Vsak človek lahko razume drugega človeka, če le hoče.

JAZ: Ne podučuj me, dobra, stara žena. Vesela bodi, da ne umeš.)

*In res: nihče nikogar nikoli ne ume. Občuti pač, to pa. A si ne zna razložiti občutkov v besedah. Največje napake se zgodijo pri prevajanju občutkov v besede, v misli. (str. 319)*

Včasih ga babica zmoti, kadar piše ali pa ima obisk.

»Komaj se spravim na delo, komaj se razburim dovolj, da bom odigral svojo nalogo, kakor je treba ... potrka babica in me pokliče po imenu, rahlo potrese kljuko, in me spet pokliče. Pomežiknem Arabeli, položim prst na usta, delam naprej. 'Pusti me, babica,' zakličem. 'Spal bom.' Nekaj stoka pred vrati. /.../ Moja misel uničuje prvinsko poželenje po Arabeli. Uničim misel, ki jo potrebujem, prečaram se v nekaj, kar sem in nisem, in tedaj pride babica. Že večer je bil – to zdaj natanko vem – zgrešen. Nikoli nič ne spada skupaj. Malo je prvinskega, dobrega, privlačnega v vseh teh naših odnosih.« (str. 322 in 323)

Kadar se vnuk vrača v svojo sobo, razmišlja o pripadnosti.

»Ta soba terja, da sem njen, jaz pa pri vseh špranjah uhajam iz nje; ta soba ve, da nisem njen. Tudi babica ve, da nisem njen.« (str. 98)

Babica sprejme v hišo ilegalca.

»Anderšek stanuje pri meni kot ilegalec, uradno se piše Amon, on je Amon. Babica nima nič proti, ona razume potrebo. Postilja mu, sploh je zelo ljubezniva z njim. Ve, da je ilegalec. Tudi futra'ga, če ga le ujame. Pere mu, zašila mu je nogavice.

Anderšku je vse to docela razumljivo in navadno. Suj nemara res je. Priplahuta in odplahuta kot komaj slišen ptič. Vmes zna biti zelo strog. Podrobno izpraša babica, kdo vse prihaja v hišo. /.../ Mene in babico je naučil, kaj naj rečeva, če kdo kaj povpraša po njem, zelo se je potrudil, da bi si vse po vrsti pravilno zapomnila. /.../ Babica veruje v nekdanje zlate čase, ki se ne bodo več vrnili. Ko je vladal na svetu red. Ko je vsak vedel, kaj in kje je treba nakupiti pred zimo, kako preživeti zimo in kako potem preiti v novo pomlad; kdaj klati prašiče in kako predelati prašičevino najbolj koristno. In še tisoč takih (navideznih) malenkosti.« (str. 169)

Babica pošlje paket.

»Do listega dne, ko je zjutraj prišel kurat v oficirski uniformi, s smehljajem na obrazu in s pakeljčkom v rokah v našo sobo, klical je natančno moje ime in priimek. Paket od babice. Bohlonaj, božji služabnik! Bomo jedli? To je bilo okoli enajstih, kurat je pa imel okrog oči še sence človeka, ki je komaj vstal. Bah, da je govoril z mojo babico in da me lepo pozdravlja. Takole babice posegajo v zgodovino naših čreves.« (str. 262)

Po transportu iz taborišča v Gonarsu, so ujetniki nastanjeni v 'Belgijski vojašnici'. Babica posreduje, da vnuka spustijo iz zapora.

»Od tod bom odšel, ko da se ni nič zgodilo. Babica je ujela pravo zvezo, podkupila je tudi kurata, spravila me je ven. Tako vmes, ene so med tem ustrelili, druge so rezali na kosce, kakor to mora biti v takem dogajanju.« (str. 266)

Vnuk po vojni, ko je babica že med rajnkimi, piše pismo o tem, kakšni so novi časi, kako doživlja povojni čas.

»Ljuba moja rajnka babica, daj da ti napišem pismo, naslovil ga bom tja v deželo sanj in tolstih črvov. Tu stojim na ravni strehi palače sredi mesta Ljubljana, nisem lačen ne žejen, in (oprosti mi) z desnico objemam neko dekle, ki pravi, da ji je ime Ljudmila. Ob dotiku njenega telesnega tkiva se spominjam vsega živega tkiva bitij tega planeta. Babica, pozabila si mi povedati, kdo sem in kaj sem, ti, ki si toliko vedela; ti, ki si se samo enkrat v življenju ponižala tako, da si pokleknila predme in me prosila, naj ne grem v to vojno, ki je zdaj minila. Nikoli

ti nisem mogel povedati, kaj mi hodi skozi to glavo. Živi ljudje govorijo veliko, povedo malo. Vidim v spominu tvoj vprašujoči pogled.

Črevesja je baje okrog devet metrov, krvi toliko in toliko litrov, dve nogi, dve roki, nekakšna siva gmota v glavi. To že najbrž res je. Drugo pa si izmislimo na bolj ali manj slikovit način. Veseli smo tako malokdaj, če smo sploh kdaj res. Tole mesto pod mano baje živi. Čledam, vse teče, kakor mora; vozi desno, prehitvaj levo. Imam prijatelje, tovariše, kuhamo si kavo ali čaj, jemo, pijemo, pogovarjamo se, prihodnji teden z opel kapitanom na Dolenjsko. Eni so bolni, drugi ranjeni, eni umirajo, drugi se ženijo, nekih rajnikov se spominjamo, druge smo pozabili.

Nekje, prav na dnu, smo bolni, nemirni, nejasni; ne vemo, kaj nam je. Pravijo, da vojna človeka izuči, da ga izmodri, da mu da izkušnjo. Babica, to ne drži. Oblastni hočejo čedalje več oblasti, pohlepni razvijajo svoj pohlep, so taki, ki venomer netijo sovraštvo; druge pa prežema strah pred dogodki; veliko nas je zmedenih: nismo zadovoljni s tem, kar se dogaja, vmes pa ne moremo posegati; veliko je ukazanega, veliko prepovedanega, vmes pa zelo malo; kar ni ukazano, je prepovedano – in nikogar ne moremo vprašati ZAKAJ? Vsa vprašanja so sumljiva. Nasilje je organizirano, smrt orje; boja ni ne konca ne kraja.

Bil je čas, ko sem imel toliko uši, da sem moral levo, ker so one hotele levo, čeprav bi rad šel desno; zdaj pa tega ne smem nikomur povedati.

Ne tožim, babica, ne pritožujem se, ne jadikujem; popivam, čvekam, zbijam slabe šale.

Iz vojne sem prinesel cel kup zapiskov, mislil sem, da bom iz njih napravil nekakšno sporočilo za ljudi za nami. Zdaj vidim, da iz tega ne bo nič; ker se ne morem naučiti nekih zelo preprostih public.

Stojim na robu široke terase in nikomur ne morem povedati, na kaj mislim.

Boga nisem imel; pa če bi ga tudi imel, bi me brez dvoma v tej stiski zapustil. Mojim vojaškim in političnim voditeljem v tej vojni nisem po srcu, oni imajo celo svoj prav: ideja je ena, navodila so jasna, potreba po disciplini izvira iz položaja; vse premišljanje, kakor hodi meni po glavi, je 'vtikanje kola v kolesje zgodovine'; zdaj me še podkupujejo, ko se bodo naveličali, bodo začeli s sredstvi ustrahovanja in uničevanja, to že slutim in čutim v kosteh. Marsikdo je na položaju, ki ga ne morem spoštovati. Rečem tu in tam kakšno bridko, ta kapital se nalaga zoper mene. Pravim: hudiča, saj se nismo zmenili tako. Oni pa: A takooo? Zelo kratek in jasen dialog.

(Pretrgati moram to pismo, babica. Zaradi branja biologije. Naše sožitje – sožitje Slovencev po zmagoviti vojni – ni podobno nobenemu živalskemu sožitju; eni so na to celo zelo ponosni, posebno ljudje-bogovi. Naše sožitje je baje božansko, sestavljeni smo v piramido bogov, od najmanjših do največjih, naše sožitje je baje enolno, zelo smotrno, ničemur v zgodovini podobno. Razsuševanje, odpravljanje garij, socialno skrbstvo, industrija, problemi kmetijstva – vse je zgodovinsko urejeno. Recimo: skupni kotel – to je sveta beseda. Zahod je gnil, UNRRA je pa uporabna. Stalin je še zmeraj očka narodov. (str. 368, 369)

Vnuk pripoveduje tudi o umetnosti.

Spravijo me na razstavo sovjetske arhitekture, poslušam hvalnice, gledam tiste eksponate, spregovorim o slaščičarski umetnosti, eni se smejejo, drugi me gledajo ko strupeno kačo. No, takih priložnosti je kar veliko, ker nas ves čas poučujejo, nam kažejo dobre zglede. Mi pa, kurbe neumne, ne razumemo. Ne razumemo, da je nekje v nekih uradih že vse urejeno, da se nam v to urejenost ni treba mešati, da delamo samo škodo. Vsaki gnidi v pravi družbi je že davno jasno, da je tisti dekadent Picasso smešen izrodek kapitalistične družbe; da ni treba brati bebastih predmarksističnih filozofov,



ker 'kar je bilo v zgodovini kaj vredno, je povzel Marx'; iz cesarske lože v Drami je imel govor Vidmar, na sramotni steber zahodne dekadence je pribil D. II: Lawrencea, Marcela Prousta in Joycea. Mi pa, kurbe neumne, tega nismo sprejeli s ploskanjem, ja, še zabavati smo poskušali. (str. 370)

Izrazi svoje razočaranje.

Sožitje je ostalo močvirno; stopi bližnjemu na ramena in ga potopi, sam pa se vzpni na vrh. Veliko je bilo komenzalizma: jaz tebi, ti meni. O partizanstvu bi bilo treba napisati posebno zanimivo knjigo.

BABICA, naprej: izšel sem iz sokolskih vrst in sem v partizane pripeljal veliko sokolov. Od vsega tega je ostala samo bedna pravljica. Dali smo najboljše vojaške kadre, to je res. A naša idejica je bila tako otroško skromna, da se je ni bilo težko polastiti. Od tridesetih delegatov Sokola na zboru leta 1944 samo dva nisva bila partijca (na osvobojenem ozemlju Bele krajine). Tyrš – requiescat in pace.« (str. 371)

Na samem začetku romana piše babici poročilo, da je preživel, podobno kot na koncu romana. Pismo predstavlja nekakšen poetičen pripovedni okvir.

»In: potem pišem v noči (ne da bi vedel, kako bom tiste besede zavrzel): Poročilo babici, da sem preživel.

Sem tisti, ki nisem.

Vse smo že rekli, vse smo že počeli, tisočkrat  
smo se ponovili,

umrli in se rodili na novo.

Tudi ti si tisti, ki nisi.

Nihče nikoli nikogar ne ume,

vsak zaman čaka do smrti,

venomer odhaja od sebe,

od tistega, ki je, k tistemu, ki ni.

Grm na vrtu, v soncu se lesketajo podolgasti listki migotajo v zahodnem dihu.

Čez nekaj mesecev nas zapade sneg

v zveneči tihoti nepredvidenega jutra,

ko se povračajo davno umrle ljubezni.

Se spomniš, babica, da sem bil? Zakaj si me učila besed, govorjenja?

Zdaj sem eno: tisti, ki govori in ni,

in drugo: tisto, ki molči in je.

Ti, babica, si bila edina, ki me ni učila 'tuje učenosti', veliko sva premolčala skupaj, dokler ti nisem ušel; s strahom si gledala, kakšen postajam. Na obe zapestji sem si dal pri čevljarju napraviti črne zapestnice z močnimi sponkami. Nekega večera sem prišel domov s črno podplutim očesom. 'Kdo pa te je?' si plašno vprašala. Boksaj sem, babica. 'In so te pretepli?' Ne, ne babica, zmagal sem. Tedaj si se prijela za glavo in rekla: 'O moj Bog, kakšen je šele oni!?' Zaman sem ti skušal dopovedati, kako je bilo. 'Zakaj je vsega tega treba?' si rekla. Nisem te razumel. Nisem razumel, da me ne razumeš. Tudi ti si bila nesrečna, da te ne morem razumeti. (str. 15.)

Največ ga je o življenju naučila babica.

Pokopal sem jo in prevzel dediščino, postal popolnoma svoboden. Šele kasneje sem prebiral spise, ki so jih v svojo čast in slavo napisali filozofi vseh časov, nikjer nisem našel vodila za življenje. Babici v modrosti ni nobeden segel do kolen.« (str. 54.)

Pripovedovalčev odgovor na vprašanje, zakaj pesniki pišejo.

*Zato pišejo pesniki tisočletja in tisočletja, ker nimajo človeka, kateremu bi lahko povedali vse o nastajajočih, gibajočih se in umirajočih rečeh, umirajočih in nastajajočih v istem trenutku, v enem samem pogledu.» (str.16.)*

Ob odlomkih iz romana, nekakšnem tamatskem izboru, poimenujemo ga lahko **berilo – vezilo**, lahko razmislimo o bližinah in razdaljah med starimi starši in otroci.

(Vito – milu), tistemu, ki mu je življenje milo, drago, dragoceno, »*vitalističnemu iskalcu avtentičnosti in neprizanesljivemu zasledovalcu samega sebe*«, za kakršnega ga je označil Aleš Berger, je bila babica luč, ena tistih luči, ki v labirintih življenja kažejo pot, nakakšen svetilnik.

Morda na koncu rečemo: »*Za nekaterimi uspešnimi moškimi stojijo babice.*«

VIR:

Zupan Vitomil (1980). *Komedija človeškega tkiva*. Državna založba. Ljubljana.

LITERATURA:

Berger Aleš, ured. (1993). Vitomil Zupan: *Inerpretacije 3*. Zbirka Inerpretacije. Nova revija. Ljubljana.

Kos Janko (1993). Zločin in kazen Vitomila Zupana. *Vitomil Zupan: Interpretacije 3, str. 7-20*. Zbirka Interpretacije. Nova revija. Ljubljana.

Košir Manca (1993). Ženska, pokaži, kdo sem. *Vitomil Zupan: Interpretacije 3, str. 54-58*. Zbirka interpretacije. Nova revija. Ljubljana.

Pibernik Franc (1978). *Med tradicijo in modernizmom, pričevanja o sodobni poeziji*. Slovenska matica. Ljubljana.

Simonovič Ifigenija (1993). Vitomil, Vitomil moški, ki me ni prizadel. *Vitomil Zupan: Interpretacije 3, str. 150-162*. Zbirka Interpretacije. Nova revija. Ljubljana.

### **Kontaktne informacije**

maja.sevnik@guestl.arnes.si

## POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

Poslanstvo revije *Kakovostna starost* je zbiranje sodobnega znanja o starosti, staranju in medgeneracijskem sožitju ter posredovanje teh znanj vsem, ki jih v slovenskem prostoru potrebujejo.

Revija je vsebinsko znanstvena in strokovna, jezikovno pa si posebej prizadeva, da so prispevki napisani v lepi in vsem razumljivi slovenščini. Pri tem so nam vzor jezik, znanstveno in strokovno delo Antona Trstenjaka, enega največjih slovenskih duhov v dvajsetem stoletju.

Revija je usmerjena v **celotno gerontologijo**, ki upošteva pri znanstvenem in praktičnem delu za kakovostno staranje in solidarno sožitje naslednja štiri izhodišča.

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, krajevne skupnosti, civilne družbe in države.

Posamezni prispevki naj obravnavajo svoje področje tako, da so usklajeni z navedeno jezikovno in antropološko usmeritvijo celostne gerontologije.

Revija izhaja štirikrat letno. Vodena je v domačih in mednarodnih znanstvenih bazah.

Prvi del revije je namenjen izvornim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s predledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

Uporabljene vire in literaturo se v člankih praviloma navaja sproti v tekstu v oklepaju na sledeči način: (priimek prvega avtorja, letnica izida: stran) ali pa v opombah pod črto. Uporabljena literatura se navaja na koncu članka po abecedi priimkov prvega avtorja. Primeri za navajanje posameznih zvrsti uporabljene literature:

- knjiga: Trstenjak Anton (1989). *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica;
- članek iz revije: Trstenjak Anton (1998). Štirje letni časi življenja. V: *Kakovostna starost*, letnik 1, št. 1, str. 4–7 (če je več avtorjev, se navajajo vsi, loči jih vejica);
- samostojni prispevek iz zbornika ali avtorsko poglavje v knjigi drugega avtorja: Trstenjak Anton, Ramovš Jože (1997). Sciences as a global problem. V: Pejovnik Stane in Komac Miloš (ured.). *From the global to the roots: learning – the treasure within*. Forum Bled '96, 13 – 15 October, 1996. Ljubljana: Ministry of Science and Technology of the Republic of Slovenia, str. 134–139;
- če je avtor organizacija: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*.
- spletno besedilo: Trstenjak Anton. *Skozi prizmo besede*. V: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si> (datum sprejema besedila na spletu).

Izvirni in pregledni znanstveni in strokovni članki imajo naslednjo obliko: ime avtorja oziroma avtorjev, naslov članka, povzetek (do 250 besed) v slovenščini in v angleščini, ključne besede (2–5) v slovenščini in v angleščini, avtorjevi biografski podatki (do 100 besed v tretji osebi), kontaktni naslov avtorja ali avtorjev (poslovni in elektronski). Besedilo naj bo smiselno razčlenjeno v uvodni del, osrednji prikaz spoznanj, sklepne misli ter navedbo uporabljene literature. Napisano naj bo v urejevalniku besedila Word s standardno pisavo brez dodatnih slogovnih določil, velikost črk 12 pt z razmakom med vrsticami 1,5. Rokopis se pošlje v elektronski in pisni obliki na naslov revije Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva cesta 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana ali kot priponko v e-pismu na: [info@inst-antonatrstenjaka.si](mailto:info@inst-antonatrstenjaka.si). Objave izvornih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

# Kakovostna starost

LET. 17, ŠT. 1, 2014

# *Good quality of old age*

VOL. 17, NUM. 1, 2014

ZNANSTVENI IN STROKOVNI CLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

## Simona Hvalič Touzery

Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji

3

Traditional social networks of the oldest old in Slovenia

## Karmen Murovec

Študija primera bolnice z demenco ob teoretičnih spoznanjih Naomi Feil, prikazanih v knjigi Zid molka

16

Study on example of a person with dementia disease – theoretical recognitions of Naomi Feil

IZ GERONTOLOSKE LITERATURE

26

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

45

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJI, DELAVNICE

55

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

77

AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

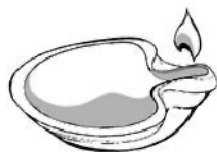
81

REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

KLASIKI O STAROSTI IN STARANJU

86

Classics on old age and ageing



INŠTITUT  
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,

1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: + 386 1 433 93 01

<http://www.inst-antontrstenjaka.si>