

ZDRAVJE, POČUTJE IN ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM NAJSTAREJŠIH STARIH V SLOVENIJI**1

Povzetek. V javnozdravstvenih in družboslovnih razpravah se podatke za mlajše starejše pogosto posplošuje na vse starostnike, a dejansko se najstarejši stari precej razlikujejo od ostalih starostnikov. Namen članka je pokazati na te razlike z vidika zdravja, počutja in zadovoljstva z življenjem. Uporabili smo podatke 4. vala mednarodne raziskave SHARE (2011). Na vzorcu 1.306 slovenskih starostnikov smo opravili bivariantno analizo in ugotovili, da je samoocena zdravja povezana s starostjo ($p = 0,000$). Najstarejši stari imajo največ simptomov različnih bolezni ($p = 0,000$), težav s koncentracijo ($p = 0,000$) in pomanjkanjem energije ($p = 0,001$) ter so najbolj omejeni pri dnevni aktivnosti in opravilih ($p = 0,000$). Pozitiven odnos do življenja s starostjo upada.

Ključni pojmi: starostniki, najstarejši stari, zdravje, počutje, zadovoljstvo z življenjem, zdravstvena oskrba, SHARE

Uvod

V javnozdravstvenih in družboslovnih razpravah se rezultate raziskav, izvedenih med mlajšimi starejšimi, to je starimi od 65 do 74 let, pogosto posplošuje na stare 85 let in več oz. t. i. najstarejše stare. V Sloveniji je leta 2012 živelo 36.369 najstarejših starih, kar predstavlja 1,5 % prebivalstva, do leta 2029 bo po projekcijah njihovo število naraslo na 66.478 (3,1 %), leta

* Dr. Simona Hvalič Touzery, docentka na Fakulteti za zdravstvo, Jesenice.

** Izvirni znanstveni članek.

¹ V tem dokumentu uporabljamo podatke raziskave SHARE izdaje 2.5.0. z dne 24. maja 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-I3, rII, 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 zagotavljata ZDA Nacionalni inštitut za staranje (U01 AG09740-13S2, AG005842 P01, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 in OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) in Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo (glej www.share-project.org za celoten seznam finančnih virov).

2060 pa na 144.468, kar pomeni, da bodo predstavljali 7,02 % slovenskega prebivalstva (Vertot, 2010; SURS, 2012, 2013). Gre za del populacije, ki se številčno najhitreje povečuje in katere značilnosti se razlikujejo od preostalih starostnikov. Tako so npr. Nybo et al. (2003) ugotovili, da na umrljivost najstarejših starih ne vplivajo dejavniki, ki so sicer povezani z mlajšimi starejšimi; to so: zakonski stan, nizka izobrazba, kajenje in uživanje alkohola. Na njihovo umrljivost vplivajo onemoglost oz. invalidnost in kognitivni upad, ki sta najverjetneje povezana s komorbidnostjo in težo bolezni. Finska raziskava (Heikkinen, 2004) ugotavlja, da z višjo starostjo doživljanje telesnega pešanja postaja intenzivnejše, saj je pešanje skoraj vsakodnevna izkušnja, zato so se najstarejši stari naučili sprejemati starost z njenimi bremenami. Z lastno starostjo in koncem življenja se manj obremenjujejo. V višji starosti je pogostejši pojav sočasnih bolezni (Gijsen et al., 2001; Caughey, 2008; Vogelli, 2007; Köberlein in Jürge, 2013), ki jih v literaturi označujejo z različnimi sopomenkami (polimorbidnost, komorbidnost, multimorbidnost, sopojavnost bolezni, pridružene bolezni). Razlog za sočasnost bolezni niso le demografske spremembe, temveč tudi epidemiološke, saj število akutnih infekcijskih bolezni upada, večja pa se število kroničnih bolezni (Petek Šter in Švab, 2008). Pojavnost slednjih narašča zaradi boljše diagnostike in prepoznavne ter boljšega zdravljenja, ki podaljšuje življenjsko dobo bolnikov s kroničnimi boleznimi. Sočasnost bolezni je povezana z višjo umrljivostjo, s slabšimi funkcionalnimi zmožnostmi, nižjo kakovostjo življenja in pogostejšimi ter daljšimi hospitalizacijami (Wolf et al., 2002; Gijsen et al., 2001; Kadam et al., 2007; Laux et al., 2008). Zahteva kompleksnejšo obravnavo, ki vodi v višje stroške zdravljenja in večjo vključenost zdravstvenega osebja v zdravljenje (Laux et al., 2008; Cedilnik Gorup, 2009).

Kljub specifikam najstarejših starih pa je v Sloveniji znanje o njih zelo pomanjkljivo. Objavljenih je bilo malo člankov (Hvalič Touzery, 2005a, b; Hvalič Touzery, 2013b; Pahor, Domajnko, Hlebec, 2011), nekaj več je statističnih publikacij, ki delno zajemajo tudi to skupino prebivalstva (Vertot, 2010; Schoenmaeckers, 2004; IVZ, 2011; SURS in IVZ, 2009, SURS, 2012). Skopost informacij o najstarejših starih pomeni, da je odziv družbe na izzive, ki so povezani z njimi, manj učinkovit. Poleg omenjenih demografskih in epidemioloških sprememb pa dodaten izziv predstavlja trenutna ekonomska kriza, ki negativno vpliva na zdravje starostnikov in na javnozdravstveni sistem. Bucher-Koenen in Mazzonna (2013) ugotavljata, da lahko v težkih ekonomskih časih starostniki pozneje iščejo zdravstveno pomoč, upada kakovost zdravstvenih storitev, stroški zdravljenja naraščajo, prav tako stroški zdravil, za katere je treba vse pogosteje doplačati. Slabši življenjski standard lahko vodi v poslabšanje zdravja in depresijo.

Na eni strani imamo torej ekonomsko krizo, na drugi pa naraščanje najstarejšega prebivalstva in potreb po zdravstvenih storitvah. Za reševanje

tega konflikta so potrebni učinkoviti pristopi h krepitvi zdravja prebivalstva in preprečevanju bolezni. Večjo učinkovitost pristopov omogočajo tudi nova znanja, kot jih ponuja pričujoča raziskava. Zdravje namreč zajema več kot le merjenje umrljivosti in zdravih let življenja. Vključuje tudi podatke o onemoglosti, obolevnosti, stopnji nezmožnosti opravljanja vsakodnevnih dejavnosti in o doživljanju življenja. Ti dejavniki so med seboj tesno prepleteni. Tako je zadovoljstvo z življenjem povezano s samooceno zdravja (Gwozdz in Sousa-Poza, 2009), s simptomi depresije, z ovdovelostjo in s kakovostjo socialnega omrežja (Berg et al., 2009; Brett et al., 2012). Sočasnost bolezni je povezana z omejitvami v dnevnih življenjskih aktivnostih (ADL)² in instrumentalnih vsakodnevnih opravilih (IADL)³ (Boyed in Fortin, 2010), s slabšo kakovostjo življenja ter večjo uporabo zdravstvenih storitev (Köberlein in Jürge, 2013). Slabši sluh zmanjša socialno vključenost posameznika (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013) in kakovost življenja (Solheim et al., 2011) ter pospeši izgubo telesnih zmožnosti (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013). Prekomerna telesna teža predstavlja tveganje za kronične bolezni in pojav depresije (Andreyeva et al., 2007). Depresija ima negativen vpliv na izid zdravstvenih težav (Blazer, 2003; Kivelä in Pakkala, 2001) ter na zadovoljstvo z življenjem (Berg et al., 2009). Ta spoznanja potrjujejo, da so s starostjo tesno povezani zdravje, počutje in koriščenje zdravstvenih storitev. V pričujoči raziskavi smo zajeli vse omenjene vidike in jih osvetlili glede na tri starostne podskupine starostnikov. V prispevku je izraz »najstarejši stari« sinonim za osebe, stare 85 let in več, »starejši stari« za stare od 75 do 84 let in »mlajši starejši« za stare od 65 do 74 let. Izraz starostniki se nanaša na osebe, stare 65 let in več.

Metode

Rezultati, ki jih predstavljamo, temeljijo na četrti fazi multidisciplinarne mednarodne Raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi – SHARE (ang. Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) (Share Release 4.0). Podatki raziskave SHARE temeljijo na nacionalno reprezentativnih podatkih ljudi, starih 50 let in več (Stuck et al., 2012).

² Dnevne življenjske dejavnosti 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.

³ Instrumentalna vsakodnevna opravila zajemajo precej 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.

Opis vzorca merjencev

Vzorec je verjetnostni. SHARE vključuje podatke za 27 držav članic Evropske unije. V Sloveniji je bilo v raziskavo vključenih 2.756 ljudi. Za potrebe naše raziskave smo analizirali podatke za ljudi, stare 65 let in več, in tako v vzorec zajeli 1.306 ljudi. Povprečna starost anketirancev je bila 74,4 leta. V vzorec je bilo vključenih 724 oseb, starih od 65 do 74 let, 483 oseb, starih od 75 do 84 let, in 95 oseb, starih 85 let in več. Moški so predstavljali 43,3% vzorca (Tabela 1).

TABELA 1: DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI STAROSTNIKOV, SHARE, 2011,
n = 1.306.

Značilnosti vzorca	65 do 74 let (n = 724)		75 do 84 let (n = 483)		85 let in več (n = 95)	
	% / PV	Min-Max	% / PV	Min-Max	% / PV	Min-Max
Spol						
Ženski	54,4%		58,4%		63,6%	
Moški	45,6%		41,2%		36,4%	
Starost (v letih)	69,5	65-74	79,0	75-84	87,6	85-99
Zakonski stan						
Poročen (živita skupaj)	73%		58,2%		38,4%	
Zunajzakonska 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%	

Legenda: PV = povprečna vrednost, Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Opis vzorca spremenljivk in merskega instrumenta ter izvedbe raziskave

V Sloveniji je zbiranje podatkov izvedel Inštitut za ekonomska raziskovanja (IER). Potekalo je na osnovi računalniško podprtega osebnega anketiranja (CAPI) in papirnega vprašalnika za samoizpolnjevanje. Iz osnovnega vprašalnika, ki vsebuje 20 različnih vsebinskih sklopov, smo v analizo vključili tri vsebinske sklope: demografija, fizično zdravje in mentalno zdravje.

Četrty val raziskave je potekal v letu 2011. Vprašalnik je bil preveden v slovenski jezik po izvirnem vprašalniku, a vključuje kulturne specifikke institucionalne ureditve v Sloveniji.

Metode analize podatkov

Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS 20.0 z vidika opisne statistike (frekvence, ukaz descriptive, grafični prikaz), uporabili smo bivariantne analize razlik (Kruskal Wallis H test) in bivariantne analize povezanosti (Pearsonov korelacijski koeficient, Spearmanov korelacijski koeficient). Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti 0,05 in manj. Pri obdelavi podatkov smo uporabili tudi nekatere generirane variable za zdravje, ki jih je pripravila skupina SHARE.

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

Rezultati

Zdravje

Samoocena 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 samoocena zdravja povezana s starostjo anketirancev ($p = 0,000$). Najslabše so zdravje ocenili stari od 75 do 84 let. Kognitivni test je pokazal, da se občutek za orientacijo slabša s starostjo ($p = 0,000$), prav tako tudi matematične sposobnosti ($p = 0,000$). Kronične bolezni so najbolj prisotne pri starejših starih ($p = 0,013$), ki imajo povprečno več kot dve kronični bolezni. Najstarejši stari se soočajo z največ simptomi različnih bolezni ($p = 0,000$). Število omejitev pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti ($p = 0,000$) in težave s sluhom ($p = 0,000$) naraščajo s starostjo. 37,4% najstarejših starih zdravstvene težave ne omejujejo pri vsakodnevnih aktivnostih. Med starostniki je le 28,4% normalno hranjenih. Prekomerna telesna teža in debelost statistično značilno upadeta z višjo starostjo ($p = 0,000$) (Tabela 2).

Zdravstvena oskrba

Starostniki so v zadnjem letu obiskali osebnega zdravnika v povprečju 6,7-krat. Najpogosteje so ga obiskali starejši stari, in sicer 7,8-krat ($p = 0,000$). V povprečju je specialista obiskalo 94,1% starostnikov, pri čemer nismo ugotovili povezanosti med starostjo anketirancev in obiskom specialista ($p = 0,800$). V bolnišnicah so najmanj noči preživeli najstarejši stari, v povprečju 12,8 noči, največ pa starejši stari, v povprečju 14,5 noči. Statistične povezanosti med starostjo in preživetimi nočmi v bolnišnici nismo potrdili ($p = 0,753$). V zadnjem letu ni obiskalo zdravnika le 15,2% najstarejših starih, 12,3% srednjih starih in 11,6% mlajših starejših (Tabela 3).

Tabela 2: ZDRAVJE STAROSTNIKOV, SHARE, 2011, n = 1.306.

	PV in SO				$r_s(p)^1 / H_{(2)(p)}^2$
	Skupaj (n = 1.306)	65 do 74 let (n = 724)	75 do 84 let (n = 483)	85 let in več (n = 95)	
Splošna samocena zdravja (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) ^{1*}
Kognitivni test - orientacija glede dneva, tedna, meseca, leta (lestvica 1-5; 1 = zelo slaba, 5 = zelo dobra) ¹	3,65 (0,733)	3,76 (0,546)	3,57 (0,827)	3,23 (1,138)	36,622 (0,000) ^{2**}
Matematične sposobnosti (lestvica 1-5; 1 = zelo slabe, 5 = zelo dobre) ¹	2,77 (1,090)	2,98 (1,040)	2,56 (1,074)	2,20 (1,139)	70,531 (0,000) ^{2**}
Imam kronične bolezni, invalidnost ali oslabelost	56,7%	56,7%	58,1%	50,5%	0,003 (0,926) ¹
Povprečno število kroničnih bolezni	1,92	1,79	2,16	1,71	0,069 (0,013) ^{1*}
Število kroničnih bolezni					
< 2	47,3%	49,6%	42,3%	54,4%	-0,034 (0,216) ¹
≥ 2	52,4%	50,1%	57,5%	44,4%	
Povpr. št. simptomov različnih bolezni	2,16	1,89	2,55	2,24	0,154 (0,000) ^{1*}
Število simptomov različnih bolezni					
< 2	45,5%	52,2%	37,5%	35,4%	0,141 (0,000) ^{1*}
≥ 2	54,3%	47,8%	62,1%	63,6%	
Omejitev pri ADL - dnevne življenjske aktivnosti					
Nima omejitev	85,7%	90,3%	82,5%	68,7%	0,151 (0,000) ^{1*}
≥ 1 omejitev	14,1%	9,7%	17,3%	30,3%	
Omejitev pri IADL - instrumentalna vsakodnevna oprava					
Nima omejitev	73,2%	83,0%	64,6%	43,4%	0,259 (0,000) ^{1*}
≥ 1 omejitev	26,7%	17,0%	35,2%	55,6%	
Štev. omejitev pri opravljanju vsakodn. aktiv. (mobilnost, funkcija rok in slabša motorika)					
0-2	54,2%	64,1%	44,4%	30,3%	0,224 (0,000) ^{1*}
3+	45,6%	35,9%	55,4%	68,7%	
Omejenost v vsakodnevni aktivnostih zaradi zdravstvenih težav					
Zelo omejen	16,0%	13,6%	19,6%	16,2%	-0,088 (0,001) ^{1*}
Delno omejen	41,4%	40,5%	41,9%	45,5%	
Ni bil omejen	42,4%	45,8%	38,3%	37,4%	
Sluh je:					
Odličen	7,8%	10,4%	5,0%	2,0%	0,172 (0,000) ^{1*}
Zelo dober	17,9%	19,9%	14,8%	18,2%	
Dober	42,0%	44,0%	40,0%	37,4%	
Zadovoljiv	25,1%	21,0%	31,5%	24,2%	
Slab	7,0%	4,6%	8,5%	17,2%	
Indeks telesne mase ITM (hranjenost)					
<18,5 (podhranjenost)	0,8%	0,6%	0,6%	3,0%	-0,138 (0,000) ^{1*}
18,5-24,9 (normalna hranjenost)	28,4%	24,7%	32,3%	36,4%	
25,0-29,9 (prekomerna telesna teža)	43,6%	47,5%	39,8%	33,3%	
≥ 30,0 (debelost)	22,8%	24,5%	22,3%	13,1%	

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon,

¹ $r_s(p)$ = Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski),

² $H(2)(p)$ = Kruskal-Wallis H test (dvostranski),

* $p < 0,01$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

** $p \leq 0,05$ pomeni, da so med variablami pomembne statistične razlike

Tabela 3: ZDRAVSTVENA OSKRBA STAROSTNIKOV V ZADNJEM LETU, SHARE, 2011, n = 1.306.

Zdravstvena oskrba V ZADNJEM LETU	PV in SO				$r_s(p)^1 /$ $r_p(p)^2$
	Skupaj (n = 1.306)	65 do 74 let (n = 724)	75 do 84 let (n = 483)	85 let in več (n = 95)	
Število obiskov zdravnika - skupno	6,75 (13,928)	6,05 (11,572)	8,04 (16,781)	5,59 (14,028)	0,034 (0,226)
Število obiskov osebnega zdravnika	6,28 (13,928)	5,27 (11,572)	7,84 (16,781)	6,19 (14,058)	0,61 (0,041) ²
V zadnjem letu sem obiskal specialista	94,1 %	93,7 %	95,0 %	91,3 %	-0,012 (0,800) ¹
V zadnjem letu sem bil hospitaliziran čez noč	14,4 %	14,5 %	14,1 %	15,1 %	-0,010 (0,711) ¹
Število hospitalizacij čez noč	2,95 (3,074)	2,67 (2,960)	3,32 (3,303)	3,27 (2,738)	0,111 (0,128) ²
Število noči preživetih v bolnišnicah	14,08 (18,868)	13,98 (22,059)	14,51 (14,634)	12,80 (10,605)	-0,023 (0,753) ²

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon,

¹ $r_s(p)$ = Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski),

² $r_p(p)$ = Pearsonov korelacijski koeficient

* $p < 0,05$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

Počutje

Občutek depresije smo preverjali prek dveh vprašanj in le eno od njiju je pokazalo pomembne statistične razlike v občutkih depresije glede na starost ($p = 0,000$). Najstarejši stari so imeli največ težav s koncentracijo ($p = 0,000$) in pomanjkanjem energije ($p = 0,001$). Največji delež jih je tudi izrazil željo po smrti ($p = 0,000$) in občutek slabotnosti ($p = 0,000$). V zadnjem mesecu pred anketiranjem sta bili dve petini starostnikov pogosto pesimiistični, imeli so težave s spanjem (44,2%) in se počutili razdražljive (28,5%). Pri teh odgovorih nismo ugotovili statističnih razlik med starostnimi skupinami ($p > 0,05$). Zanimiva je tudi ugotovitev, da je strah pred smrtjo pri starostnikih redko navzoč (Tabela 4).

Odnos do življenja

Za lestvico stališč do življenja smo izračunali Cronbachov koeficient in dobili vrednost 0,723, pri čemer lahko rečemo, da je lestvica dovolj zanesljiva (Tabela 5). Stališča zajemajo 12 trditev na 4-stopenjski lestvici. Skupno povprečno število možnih točk je bilo od 12 do 48. Višje skupno število točk pomeni bolj pozitiven odnos do življenja, medtem ko nižja skupna povprečna vrednost predstavlja bolj negativen odnos. Povprečno število točk, ki so jih dosegli mlajši starejši, je bilo 38,7, starejši stari 36,6 točk, najstarejši

Tabela 4: DUŠEVNO POČUTJE STAROSTNIKOV, SHARE, 2011, n = 1.306.

	PV in SO				$H_{(2)}(p)^1 / r_s(p)^2$
	Skupaj (n = 1.306)	65 do 74 let (n = 724)	75 do 84 let (n = 483)	85 let in več (n = 95)	
V zadnjem mesecu sem:					
se veliko časa počutil žalosten / depresiven	37,9%	36,7%	39,4%	37,9%	0,016 (0,554) ²
se veliko časa počutil pesimističen	42,2%	40,2%	44,9%	44,4%	0,034 (0,0227) ²
si želel, da bi bil raje mrtev	10,4%	5,7%	16,5%	15,2%	0,124 (0,000) ^{2***}
občutil krivdo za dogodke okoli sebe	8,0%	8,6%	7,7%	4,0%	-0,073 (0,009) ^{2***}
imel težave s spanjem	44,2%	43,2%	46,1%	41,1%	0,005 (0,862) ²
občutil zanimanje za zadeve okoli sebe	9,1%	7,1%	11,5%	12,1%	0,047 (0,093) ²
razdražljiv	28,5%	28,6%	29,9%	21,2%	-0,024 (0,388) ²
občutil pomanjkanje apetita	12,0%	9,2%	16,1%	12,1%	0,072 (0,010) ^{2***}
imel premalo energije, da bi opravljal stvari, ki sem jih želel	35,5%	31,2%	39,2%	48,5%	0,093 (0,001) ^{2***}
imel težave s koncentracijo	18,8%	14,3%	23,1%	31,3%	0,113 (0,000) ^{2***}
z veseljem delal stvari	11,4%	9,5%	13,2%	17,2%	0,053 (0,055) ²
jokal	16,8%	15,6%	19,4%	13,1%	0,011 (0,693) ²
Občutek depresije (lestvica od 1 do 10) ⁶	2,76 (2,092)	2,49 (1,925)	3,11 (2,275)	3,07 (2,087)	22,697 (0,000) ^{1*}
Počutje (lestvica od 1 do 4; 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto)					
Strah pred najhujšim	1,50 (0,922)	1,48 (0,874)	1,54 (0,960)	1,47 (1,063)	2,007 (0,362) ¹
Živčnost ⁵	1,76 (0,937)	1,74 (1,032)	1,86 (1,109)	1,45 (0,991)	12,654 (0,002) ^{1*}
Tresenje rok ⁴	1,41 (0,877)	1,32 (0,762)	1,52 (0,952)	1,47 (1,164)	19,245 (0,000) ^{1*}
Strah pred smrtjo ⁶	1,11 (0,503)	1,09 (0,402)	1,16 (0,571)	1,07 (0,746)	9,711 (0,008) ^{1*}
Občutek slabotnosti ³	2,21 (0,983)	1,74 (1,155)	2,03 (1,319)	2,12 (1,088)	28,921 (0,000) ^{1*}

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon,

¹ $H(2)(p)$ = Kruskal-Wallis H test (dvostranski)

² $r_s(p)$ = Spearmanov korelacijski koeficient

* $p \leq 0,05$ pomeni, da so med variablami pomembne statistične razlike

** $p < 0,01$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

³ Razlika med vsemi tremi starostnimi skupinami

⁴ Razlika med starostno skupino 65–74 let in drugima dvema starostnima skupinama

⁵ Razlika med starimi 85 let in več ter drugima dvema starostnima skupinama

⁶ Razlika med starostno skupino 75–84 let in drugima dvema starostnima skupinama

stari pa 34,7 točk. Iz tega sklepamo, da je odnos starostnikov do življenja pozitiven, čeprav upada z višjo starostjo. Ugotovili smo statistične razlike v nekaterih trditvah v Tabeli 5 glede na starost anketirancev. Odnos do življenja se pri mlajših starejših razlikuje od odnosa drugih dveh starostnih skupin. Mlajši starejši čutijo več nadzora nad življenjem ($p = 0,000$) in svojimi dejanji ($p = 0,000$), se v vsakdanjem življenju ne čutijo izločene ($p = 0,019$), so bolj polni energije ($p = 0,000$) in doživljajo, da je življenje polno priložnosti ($p = 0,000$).

Tabela 5: SPLOŠNE TRDITVE O ŽIVLJENJU GLEDE NA STAROSTNE SKUPINE, SHARE, 2011, $n = 1.306$ (1 = včasih, 2 = pogosto, 3 = redko, 4 = nikoli)

Kako pogosto (lestvica od 1 do 4; 1 = včasih, 2 = pogosto, 3 = redko, 4 = nikoli) ...	PV in SO	PV in SO			H (2) (p)
	Skupaj ($n = 1.306$)	65 do 74 let ($n = 724$)	75 do 84 let ($n = 483$)	85 let in več ($n = 95$)	
mi moja leta preprečujejo, da bi delal kar želim ¹	2,39 (1,214)	2,62 (1,147)	2,15 (1,197)	1,83 (1,363)	66.920 (0,000)*
se mi dogaja nekaj, kar je izven mojega nadzora ³	3,01 (1,158)	3,17 (1,034)	2,89 (1,202)	2,51 (1,521)	28.000 (0,000)*
puščajo me ob strani ²	3,42 (1,014)	3,50 (0,901)	3,38 (1,038)	3,07 (1,493)	7.904 (0,019)*
lahko delam stvari, ki jih želim ²	1,83 (1,074)	1,75 (1,012)	1,91 (1,086)	1,98 (1,378)	16.592 (0,000)*
mi družinske odgovornosti preprečujejo, da bi počel kar želim	3,43 (1,038)	3,41 (0,976)	3,47 (1,040)	3,37 (1,404)	4.074 (0,130)
zaradi pomanjkanja denarja ne morem početi kar želim	2,45 (1,292)	2,44 (1,237)	2,43 (1,317)	2,55 (1,547)	2.178 (0,337)
se razveselim vsakega novega dne ³	1,35 (0,734)	1,28 (0,615)	1,44 (0,828)	1,41 (1,050)	16.300 (0,000)*
ima moje življenje nek smisel ³	1,41 (0,829)	1,34 (0,711)	1,49 (0,901)	1,47 (1,164)	13.387 (0,001)*
me pogled nazaj na svoje življenje navda z občutkom sreče	1,56 (0,886)	1,59 (0,874)	1,55 (0,866)	1,39 (1,048)	2.284 (0,319)
se te dni čutim poln energije ³	1,83 (1,007)	1,71 (0,895)	1,99 (1,062)	2,00 (1,334)	31.221 (0,000)*
je življenje polno priložnosti ³	1,83 (1,000)	1,73 (0,915)	1,95 (1,029)	1,95 (1,328)	22.492 (0,000)*
je moja prihodnost videti lepa	1,87 (1,070)	1,82 (0,963)	1,94 (1,162)	1,93 (1,331)	4.954 (0,084)

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, H(2)(p) = Kruskal-Wallis H test (dvostranski)

* $p < 0,05$ pomeni, da so med variablami pomembne statistične razlike

¹ Razlika med vsemi tremi starostnimi skupinami

² Razlika med starimi 85 let in več ter starimi od 65 do 74 let

³ Razlika med starimi od 65 do 74 let in drugima dvema skupinama

Razprava

V raziskavi smo ugotavljali kognitivne in funkcionalne zmožnosti starostnikov in pri tem potrdili razlike med tremi skupinami starostnikov. Samoocena zdravja pokazala, da se starostniki nagibajo k oceni, da je njihovo zdravje slabo. To je bilo najbolj izrazito pri starejših starih. Tudi raziskava European quality of life survey iz let 2003 in 2007 kaže, da je po zaznavah zdravja Slovenija tipična predstavnica srednjeevropskih novih članic EU z nižjo samooceno zdravja med starimi 65 let in več (Pahor, Domajnko, Hlebec, 2011). Številne raziskave (Gwozdz in Sousa-Poza, 2009; Kunzmann et al., 2000; Smith, 2001; Smith et al., 2002; Berg et al., 2009; Borg et al., 2006) kažejo, da je zadovoljstvo z življenjem močno povezano s samooceno zdravja, in ne z dejanskim zdravstvenim stanjem. »Dobro zdravje« je, kot kažejo raziskave, ključni element dobre kakovosti življenja (Delhey, 2004). Kot ugotavljata Blank in Diderichsen (1996), lahko slaba samoocena zdravja odseva psihološke in socialne težave, ki so posledica zdravstvenih težav. Nemška raziskava med najstarejšimi starimi je pokazala bolj pozitivno samooceno zdravja (2,80) kot naša (3,57) (Gwozdz in Sousa-Poza, 2009). Na zadovoljstvo z življenjem in dobro počutje v starosti poleg omenjenih dejavnikov vplivajo še kakovost socialnega omrežja (Larsson et al., 2009; Berg et al., 2009), občutek nadzora nad življenjem in osebne koristnosti, simptomi depresije in ovdovelost (Berg et al., 2006; Berg et al., 2009; Brett et al., 2012), socialna udeležba, medgeneracijski odnosi in družbeno-ekonomski položaj (Pahor, Domajnko, Hlebec, 2011). V raziskavi smo se zadovoljstva z življenjem dotaknili prek lestvice stališč do življenja. Tako kot tuje raziskave (Gwozdz in Sousa-Poza, 2009; Mroczek in Spiro, 2005) smo zabeležili pozitiven odnos starostnikov do življenja, ki pa je z višjo starostjo upadal. Kljub temu ugotavljamo, da se volja do življenja ohranja pri visokem deležu najstarejših starih, prav tako občutek smiselnosti in dragocenosti življenja in pozitiven pogled v prihodnost. Podobno ugotavlja finska raziskava (Heikkinen, 2004). Šadlova (2007) povzema raziskave, ki kažejo, da ostaja pozitivno čustvovanje v starosti na nespremenjeni ravni ali pa se celo povečuje. Nižje ravni pozitivnih čustev ugotavljajo le pri najstarejših starih v času neposredno pred smrtjo, ko kognitivna in fizična nezmožnost zasenčita prej vitalna področja funkcioniranja.

Morrison in Meier (2004) ter Lavtar et al. (2009) ugotavljajo, da ima velik delež starostnikov kronične ali druge dolgotrajne bolezni. Sočasnost bolezni se s starostjo povečuje (Köberlein in Jürge, 2013). Obema spoznanjema pritrjuje tudi naša raziskava. Dve ali več kroničnih bolezni ima dobra polovica starostnikov, kar se izrazito pokaže pri starejših starih. Sočasnost bolezni predstavlja za starostnike veliko breme, saj je povezana s številnimi omejitvami, kot so upad kognitivnih sposobnosti, slabša zmožnost opravljanja

ADL in IADL, slabša mobilnost (Fortin et al., 2004; Boyed in Fortin, 2010) in posledično slabša kakovost življenja. V raziskavi smo ugotovili, da so najstarejši stari v primerjavi z drugima dvema skupinama pri opravljanju ADL in IADL najbolj omejeni. Ravno funkcionalna omejenost pa je tista, ki je pri najstarejših starih najpogostejši vzrok smrti (Nybo et al., 2003). Pomen kroničnih bolezni in komorbidnosti kot vzrokov za smrt upadeta po 80. letu starosti (Lee et al., 2008).

Sočasnost več bolezni predstavlja tudi visoko gospodarsko breme, saj bolniki pogosteje potrebujejo zdravstveno pomoč in kompleksnejšo zdravstveno obravnavo (Wolff et al., 2002; van den Bussche et al., 2011). Köberlein in Jürges (2013) sta ugotovila značilno povezavo med komorbidnostjo in uporabo zdravstvenih storitev. Povprečno število stikov z zdravniki na posameznika je dvakrat višje pri pacientih, ki imajo sočasno več bolezni, kot pri ostalih pacientih (9,5 vs. 4,3 obiske). Tudi hospitalizacija in obisk specialistov sta pogostejša pri pacientih z več sočasnimi boleznimi. Cedilnik Gorup (2009) ugotavlja, da so sočasne bolezni povezane s slabšim socio-ekonomskim stanjem, povzročajo slabše splošno telesno stanje, daljše hospitalizacije, slabšo kakovost življenja in višjo smrtnost. Podatki o pojavnosti sočasnih kroničnih bolezni pri starostnikih so različni – od 62% v ZDA (Vogelli, 2007) do 80% v Avstraliji (Caughey, 2008) in na Nizozemskem (Gijsen et al., 2001). V naši raziskavi se je s sočasnostjo kroničnih bolezni soočalo 52,4% starostnikov. Najnižji delež tovrstnih bolnikov je bil med najstarejšimi stari. Po drugi strani je bil v tej starostni skupini najvišji delež ljudi z dvema ali več simptomi različnih bolezni. Potrdili smo predhodna slovenska spoznanja (Hvalič Touzery, 2005a; IVZ, 2011, Pahor, Domajnko, Hlebec, 2011), da so obiski osebnega zdravnika in specialista pogostejši pri starejših starih, ki imajo tudi največ kroničnih bolezni. S tem so povezani tudi stroški za zdravstveno varstvo, ki so največji okoli 75. leta, 90-letniki pa potrebujejo manj in cenejšo oskrbo, saj sta pri slednjih v ospredju skrb ter paliativa in ne toliko visokotehnološka kurativna obravnavo (Pahor, Domajnko, Hlebec, 2011). Ti podatki potrjujejo naše raziskovalno vprašanje o povezavi med koriščenjem zdravstvenih storitev in starostjo. Poslabšanje sluha prizadene veliko starostnikov in narašča z višjo starostjo (Lin, 2011), kar smo ugotavljali tudi v naši analizi. Vestergaard in Andersen-Ranberg (2013) sta ugotovila, da je imelo 24,2% starih 65 let in več slabši sluh, kar velja za skoraj tretjino slovenskih starostnikov in nad dve petini najstarejših starih. Slabši sluh ima vrsto negativnih posledic, ki ovirajo aktivno staranje in socialne interakcije. Lahko povzroči manjšo socialno vključenost ali celo socialno izključenost (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013; Solheim et al., 2011), zmanjša kakovost življenja (Solheim, 2011 et al.) in vključenost v telesne dejavnosti, pospeši izgubo telesnih zmožnosti (Vestergaard in Andersen-Ranberg, 2013) in lahko predstavlja večjo nevarnost za posameznika, saj se

ta pozneje odzove na neposredno nevarnost (Solheim et al., 2011). Ljudje s slabšim sluhom se tudi težje odzivajo na zahteve vsakdanjega življenja (Tun et al., 2009; Jennings et al., 2010). Raziskave (Cronin, 2011; Helzner, 2011; Lin, 2013) so pokazale povezanost med slabšim sluhom in depresijo, slabšo oceno zdravja in upadom kognitivnih sposobnosti. Slabši sluh torej predstavlja visok davek za posameznika in družbo.

Debelost je še en dejavnik tveganja za zdravje, ki je vse bolj pogost v razvitih državah (Pascucci et al., 2012). Prekomerna telesna teža in debelost sta v naši raziskavi najbolj izraziti pri mlajših starejših, kjer je debelih skoraj četrtina. Debelost je prisotna pri pol manj najstarejših starih. Prekomerna telesna teža, še bolj izrazito pa debelost, predstavljata veliko nevarnost za kronične bolezni in depresijo (slednjo pri ženskah) (Andreyeva et al., 2007), telesno onemoglost in slabšo kakovost življenja (Peytremann-Bridevau in Santos-Eggimann, 2007). Debeli ljudje (ITM ≥ 30.0) predstavljajo v Evropi zmerno breme za zdravstveni sistem; debelost je povezana z večjo ambulantno oskrbo, večjim številom obiskov splošnega zdravnika in večjo porabo zdravil (Peytremann-Bridevau in Santos-Eggimann, 2007).

Staranje je povezano s specifičnimi življenjskimi okoliščinami in hkratnimi izgubami, ki lahko povečajo verjetnost negativnega emocionalnega doživljanja in motenj v vedenju starostnikov. Na negativne emocionalne odzive vplivajo tudi starizem in biološke spremembe starostnikov (Šadl, 2007). Med starostniki v našem vzorcu smo zaznali zmerno prisotnost depresije, ki je na lestvici od 1 do 10 dosegla od 2,5 do 3 točke. Depresija, ki je bila najbolj prisotna pri najstarejših starih, je pogost vzrok za njihovo čustveno trpljenje (Blazer, 2003; Bergdahl, 2007), slabšo moralo in zmanjšane socialne sposobnosti (Michalak et al., 2002). Večja pojavnost depresije pri najstarejših starih se v literaturi pogosto pojasnjuje z večjim deležem žensk med najstarejšimi starimi ter z upadom kognitivnih in funkcionalnih zmožnosti (Blazer, 2003; Hvalič Touzery, 2005a). Željo po smrti, pomanjkanje energije in težave s koncentracijo smo v naši raziskavi najpogosteje zaznali pri najstarejših starih. Pri vseh starostnikih pa je bilo zaznati občasen pesimizem, težave s spanjem in občutje žalosti. Depresija vpliva na zdravstveni izid, saj zmanjšuje tako fizično (Kivelä in Pahkala, 2001) kot kognitivno delovanje (Blazer, 2003; Butters et al., 2004; Hvalič Touzery, 2005a) ter na zadovoljstvo z življenjem (Berg et al., 2009; Demura et al., 2003). Nemška raziskava (ASA, 2004) je pokazala, da najstarejši stari preživljajo svoj dan večinoma sami v domačem okolju. Vendar pa samsko življenje samo po sebi še ne pomeni nevarnosti za pojav depresije, temveč je pomembnejši dejavnik upad kognitivnih sposobnosti, o čemer smo že govorili (Hvalič Touzery, 2005a).

O zaskrbljenosti med najstarejšimi starimi vemo malo. Dunkle et al. (2001) so v raziskavi ugotavljali, da je med najstarejšimi starimi najpogostejša skrb povezana s telesnim in duševnim zdravjem in funkcionalnimi

zmožnostmi, npr. strah pred padci, pred izgubo energije in pozabljanjem. Tudi raziskava Jeon et al. (2006) je pokazala, da sta glavna skrb najstarejših starih izguba spomina in zdravja. V ameriški raziskavi so najstarejši stari navedli, da jih najbolj skrbijo osamljenost, strah, da bodo preživeli družinske člane in prijatelje, slabo zdravje, namestitve v institucionalno oskrbo, slabe finančne razmere, strah pred tem, da bi postali žrtve kriminala (ASA, 2004). Ali jih je strah, smo ugotavljali tudi v naši analizi, in sicer ali jih je strah najhujšega in smrti; ugotovili smo nizko stopnjo teh dveh oblik strahu.

Rezultati naše in drugih raziskav dokazujejo obstoj razlik v zdravju, počutju in doživljanju življenja med tremi skupinami starostnikov. Ta spoznanja so opozorilo politiki, usmerjeni k podaljševanju let zdravega življenja najstarejših starih, da se ne sme osredotočiti na dobro znane dejavnike tveganja, kot so prenehanje kajenja, zmanjšanje vnosa alkohola ali zmanjšanje telesne teže. Kot pravijo Nybo et al. (2003), mora biti poudarek na zmanjševanju dejavnikov tveganja, ki povzročajo visoko stopnjo nezmožnosti, funkcionalne omejitve in upad kognitivnih sposobnosti.

Omejitev slovenskega dela raziskave SHARE je v tem, da je raziskava zajela večinoma starostnike, ki ne živijo v institucijah. Glede na to lahko podatke v prispevku posplošimo le na doma živeče starostnike. Informacije o najstarejših starih v institucijah še naprej ostajajo skope, zato bi bila potrebna tudi raziskava med njimi.

Sklep

Namen prispevka je bil čim bolj poglobljeno prikazati zdravje, počutje, zadovoljstvo z življenjem in koriščenje nekaterih zdravstvenih storitev glede na delitev znotraj skupine starostnikov. Razlike med starostniki so očitne in pogojene z zdravjem in zmožnostmi. Naša raziskava je ovrgla stereotipe o visoki starosti kot obdobju negativnega čustvovanja, boleznih, nekoristnosti, odvisnosti od drugih in kaže starostnike kot zelo heterogeno skupino. Ravno ti stereotipi nezavedno vplivajo na pojav starizma tudi v storitvah in programih, namenjenim starostnikom. V starosti so omenjene situacije pogostejše, ne gre pa jih posploševati. V članku smo ugotavljali, da se potrebe in zmožnosti najstarejših starih razlikujejo od preostalih dveh obravnavanih starostnih skupin, kar mora biti v ospredju promocijskih in preventivnih programov. Tudi v visoki starosti je treba upoštevati koncept aktivnega staranja, ki pravi, da je treba optimalno uresničiti dane možnosti posameznikovega zdravja, udeležbe v družbi in varnosti z namenom spodbuditi kakovost njegovega življenja v starosti. To pomeni, da je treba omogočiti dovolj pestro ponudbo programov (preventivnih, promocijskih in izobraževalnih) ter aktivnosti, da lahko starostniki sodelujejo v družbi v skladu s svojimi potrebami, željami in zmožnostmi.

LITERATURA

- Andreyeva, T., P. C. Michaud in A. van Soest (2007): »Obesity and health in Europeans aged 50 years and older«. *Public health* 121(7): 497–509.
- ASA (2004): *Old-Old and their own: independent in our latest years*. San Francisco: American Association on aging, AARP Andrus foundation.
- Berg, Anne Ingeborg et al. (2009): What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & mental health* 13(2): 191–201.
- Berg, Anne Ingeborg et al. (2006): »What matters for life satisfaction in the oldest-old?« *Aging & mental health* 10(3): 257–64.
- Bergdahl, E. et al. (2007): Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging & mental health* 11(5): 570–8.
- Blank, Nelson in Finn Diderichsen (1996): The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health* 50: 156–61.
- Blazer, Dan G. (2003): Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology Series A Biological and Medical Science* 58: 249–65.
- Borg, Christel, Ingalill R. Hallberg in Kerstin Blomquist (2006): Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health, and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing* 15: 607–18.
- Brett, Caroline E. et al. (2012): Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 21(3): 505–16.
- Bucher-Koenen, Tabea in Fabrizio Mazzonna (2013): The recent economic crisis and old-age health in Europe. A. Börsch-Supan et al. (ur.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*, 233–42. Berlin: De Gruyter. 233–42.
- Cedilnik Gorup, Eva (2009): Sočasne bolezni pri starostnikih. D. Petek in N. Kopčavar-Guček (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj*; 35. srečanje delovnih skupin, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine. *Družinska medicina* 7(2): 93–7.
- Caughey, Gillian Elizabeth et al. (2008): Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC Public Health* 28: 221–33.
- Cronin, Hilary, Claire O'Regan in Rose Kenny (2011): Physical and behavioural health of older Irish adults. Barrett, Alan et al. (ur.): *Fifty plus in Ireland 2011. First results from the Irish Longitudinal Study on Ageing*, 73–154. Dublin: The Irish Longitudinal Study on Ageing.
- Delhey, Jan (2004): *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Community. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/108/en/1/ef03108en.pdf> (12. 9. 2013)
- Demura S, S. Sato (2003): Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological and Anthropology and Applied Human Science*, 22(3): 159–66.

- Dunkle, Ruth E., Beverly Roberts in Marie Haug (2001): The oldest old in everyday life: Self perception, coping with change, and stress. New York: Springer.
- Fortin, Martin et al. (2004): Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2, 51.
- Gijsen, Ronald et al. (2001): Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal of clinical epidemiology* 54(7): 661-74.
- Gwozdz, Wencke in Alfonso Sousa-Poza (2009): Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Social Indicators Research* 97(3): 397-417.
- Heikkinen, Riitta-Liisa (2004): The experience of ageing and advanced old age: a ten year follow up. *Ageing&Society* 24: 567-82.
- Helzner, Elizabeth et al. (2011): Hearing sensitivity in older adults: associations with cardiovascular risk factors in the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 59: 972-79.
- Hvalič Touzery, Simona (2013a): Prastarševstvo v 14 evropskih državah. *Kakovostna starost* 16 (1): 20-32.
- Hvalič Touzery, Simona (2013b): Socio-demografske značilnosti, zdravje in življenjski slog starih ljudi v Sloveniji. B. Skela-Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc (ur.). 6. mednarodna znanstvena konferenca Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče probleme po zdravstveni obravnavi. Zbornik predavanj z recenzijo, 132-143. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Hvalič Touzery, Simona (2005a): Najstarejši stari ljudje v Sloveniji: demografski pregled. *Kakovostna starost* 8(1): 2-19.
- Hvalič Touzery, Simona (2005b): Stanovanjske značilnosti starega prebivalstva v Sloveniji. *Kakovostna starost* (8)2: 15-25.
- Jennings, Mary Beth et al. (2010): Evaluating auditory perception and communication demands required to carry out work tasks and complimentary hearing resources and skills for older workers with hearing loss. *Work* 35: 101-13.
- Jeon, Hae-Sook, Ruth Dunkle in Beverly L. Roberts (2006): »Worries of the oldest-old«. *Health & social work* 31(4): 256-65.
- Kadam, U. T., P. R. Croft in North Staffordshire GP Consortium Group (2007): Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Family Practice* 24(5): 412-9.
- Kivelä, S. L. in K. Pakkala (2001): Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(3): 290-96.
- Köberlein, J. in Jürges H. (2013): Multimorbidity, incentives and the use of health services in Europe. A. Börsch-Supan et al. (ur.): Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis, 243-52. Berlin: De Gruyter.
- Kunzmann, U., T. D. Little in J. Smith (2000): Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging* 15(3): 511-26.
- IVZ (2011). Zdravstveneni statistični letopis 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

- SURS in IVZ (2009): Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja.
- Larsson, Asa, Lena Haglund in Jan-Erik Hagberg (2009): Doing everyday life-experiences of the oldest old. *Scandinavian journal of occupational therapy* 16(2): 99–109
- Lavtar, Darja, Tina Zupanič in David Breznikar (2009): Pregled podatkov, 31. 3. 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
- Lee, Sei J. et al. (2008): Chronic conditions and mortality among the oldest old. *American journal of public health* 98(7): 1209–14.
- Lin, Frank et al. (2013): Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine* 173: 293–99.
- Lin, Frank, John Niparko in Luigi Ferrucci (2011): Hearing loss prevalence in the United States. *Archives of Internal Medicine* 171(20): 1851–52.
- Laux, Gunter et al. (2008): Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Services Research* 8: 14–21.
- Michalak, E. E. et al. (2002): Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the north Wales arm of the ODIN project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37(12): 567–71.
- Morrison, R. Sean in Diane E. Meier (2004): Palliative Care. *The New England Journal of Medicine* 350: 2582–90.
- Mroczek, Daniel K. in Avron Spiro III (2005): Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology* 88(1): 189–202.
- Nybo, Hanne et al. (2003): Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians - The Danish 1905-Cohort Survey. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(10): 1365–73.
- Pahor, Majda, Barbara Domajnko in Valentina Hlebec (2011): Zaznave zdravja in dostopnosti zdravstvenega varstva: mesto Slovenije v evropskih razdeljenostih. Jogan Maca in Anton Kramberger (ur.). *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb: življenje starih revnih ljudi*, 139–160. Knjižna zbirka Ost. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Peytremann-Bridevaux, I. in B. Santos-Eggimann (2007): Healthcare utilization of overweight and obese Europeans aged 50–79 years. *Journal of Public Health* 15(5): 377–84.
- Petek Šter, Marija in Igor Švab (2007): Bolniki so sočasnimi boleznimi v družinski medicini. *Medicinski Razgledi* 47: 205–11.
- Schoenmaeckers, Ronald C. (2004): Active ageing in Europe-Volume 2: Demographic characteristic of the oldest old. Population studies No. 47. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Council of Europe.
- Solheim, Jorunn, Kari Kværner in Eva-Signe Falkenberg (2011): Daily life consequences of hearing loss in the elderly. *Disability and Rehabilitation* 33: 2179–85.
- Smith, Jacqui (2001): Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin aging study. *European Review* 9(4): 461–77.

- Smith, Jacqui et al. (2002): Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732.
- Sousa-Poza, Alfonso in Wencke Gwozdz (2009): Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. IZA Discussion Paper No. 4053. Bonn.
- SURS (2012): Statistični letopis 2012. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- SURS (2013): Projekcije prebivalstva EUROPOP2010 za Slovenijo po spolu in starosti, 2010-2060. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Stuck, Stephanie et al. (2012): SHARE Release Guide 1.0.0 - Wave 4. Munich: MEA.
- Šadl, Zdenka (2007): Čustveno doživljanje starostnikov od tradicionalnih pogledov k sodobnim. *Socialno delo*, 46 (1/2): 13-19.
- Tomšič, Sonja in Kristina Orožen (2012): Samoocena zdravja. Maučec Zakotnik Jožica et al. (ur.), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*, 17-27. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Tun, Patricia, Sandra McCoy in Arthur Wingfield (2009): Aging, hearing acuity, and the attentional costs of effortful listening. *Psychology and Aging* 24(3): 761-66.
- van den Bussche, Hendrik et al. (2011): Patterns of ambulatory medical care utilisation in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity - results from a claims data based observational study in Germany. In: *BMC Geriatrics* 11, p. 54.
- Vertot, Nelka (2010): Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Zbirka Brošure. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Vestergaard, Sonja in Karen Andersen-Ranberg (2013): Hearing impairment and adverse outcomes among Europeans. A. Börsch-Supan et al. (ur.): *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* 225-32. Berlin: De Gruyter.
- Vogelli, C. et al. (2007): Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for quality, care management and costs. *Journal of General Internal Medicine* 22 (Suppl 3): 391-5.
- Wolff, Jennifer, Barbara Starfield in Gerard Anderson (2002): Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 162(20): 2269-76.