

Pomen zdravja pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše

Prejeto 2. 4. 2018 / Sprejeto 24. 5. 2018

UDK 364-54-053.9:613

KLJUČNE BESEDE: domovi za starejše, vseživljenjsko učenje, staranje, zdravje, starostniki

POVZETEK - Sodobna družba se vse bolj stara. S podobnim izzivom se v preteklosti nismo tako ukvarjali. Vse več je mlajših starostnikov, polnih energije, ki so si za cilj postavili v času upokojitve druge prioritete: potujejo po svetu, aktivno se ukvarjajo s športom (joga, fitness, kolesarjenje idr.), imajo veliko hobijev, ukvarjajo se s kulturnimi dejavnostmi, učijo se tujih jezikov itd. Za raziskavo smo uporabili deskriptivno analizo in kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega pedagoškega raziskovanja. Vključili smo starostnike vseh domov starejših v Pomurju, ki so starejši od 65 let. Raziskovalni vzorec je zajel 390 starostnikov (od skupaj 906). Osredotočali smo se predvsem na njihovo zdravstveno stanje kot ključno dispozicijsko oviro pri vključevanju v vseživljenjsko učenje. Rezultati raziskave so pokazali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje, da je razvidna statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnikov povečuje njihova odvisnost od okolice in da zdravje pomembno vpliva na njihovo vključevanje v aktivnosti (vseživljenjsko učenje), ki jih organizirajo v domovih za starejše.

Received 2. 4. 2018 / Accepted 24. 5. 2018

UDC 364-54-053.9:613

KEY WORDS: nursing home for older people, lifelong learning, old age, ageing, health, older people

ABSTRACT - Modern society is getting older. We have not yet dealt with such a challenge in the past. There are more and more young-old people, full of energy who have set other priorities as their goal in the time of retirement: they travel around the world, actively engage in sports (yoga, fitness, cycling, etc.), have many hobbies, engage in cultural activities, learn foreign languages, etc. For the research, we used a descriptive analysis and a causal-non-experimental method of empirical pedagogical research. The survey included older people in all nursing homes in Pomurje, aged over 65 years. The research sample included 390 older people residing in nursing homes, whereby the entire population was 906. In the research, we focused primarily on the state of health as a key dispositional barrier to the engagement of older people in lifelong learning. The results of the research showed that there are statistically significant differences in the assessment of health and other factors of involvement of older people in lifelong learning in nursing homes, as well as in the assessment of health of the surveyed older people given the frequency of their involvement in lifelong learning. Additionally, there is a significant correlation between poor health and involvement in lifelong learning, from which it can be summarised that with the deterioration of health, older people's dependence from the environment increases and that health importantly influences their involvement in activities (lifelong learning) organised in nursing homes for older people.

1 Teoretična izhodišča

Prebivalstvo se v sodobni globalni družbi vse bolj stara. S tem problemom se v preteklosti nismo tako ukvarjali. Vse več je mlajših starostnikov po 65. letu, ki so polni energije in so si za cilj v času upokojitve postavili druge prioritete: potovanja po svetu, aktivno ukvarjanje s športom (planinski izleti, joga, fitness, kolesarjenje idr.), s kulturnimi dejavnostmi (folklor, pevski zbori, gledališke skupine), imajo veliko

hobijev (slikarstvo, pletenje), učijo se tujih jezikov itd. Res morda izgubljajo lastno vsakodnevno aktivno poklicno in delovno vlogo, vlogo v razširjeni družini, a vedno pogosteje (p)ostajajo samostojni v svojem starem (doma) ali novem (dom za starejše) bivalnem okolju.

Medicina vse bolj napreduje, zato se starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju uspešno soočajo s starostnimi težavami in ovirami, predvsem situacijskimi ovirami, ki izvirajo iz njihovega trenutnega položaja. Najprej pa morajo premagati družinske, finančne in seveda zdravstvene težave. V prispevku se bomo osredotočili predvsem na zdravstvene ovire.

Družba bo zato morala najti rešitve (nova zdravstvena in pokojninska reforma) za prednostno reševanje izzivov, ki jih prinašajo vedno boljše življenjske razmere in dolgoživost zdrave družbe starejših v tretjem in četrtem življenjskem obdobju.

1.1 Zdravo staranje

Dokler je bilo pomembno samo delovanje telesa, smo ga pogosto opazili šele tedaj, ko je bilo kaj narobe, ko smo zboleli, ugotavljata Goriup in Šoba (2018, str. 75–76) in v nadaljevanju navajata kar nekaj avtorjev, ki so obravnavali področje zdravja starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju.

V sodobnem času, ko telo postaja vse bolj naš oglasni pano, je zavedanje telesa mnogo bolj prisotno. Pred dvema desetletjema so raziskovalci (npr. Canguilhem, 1989) opozarjali na neslišnost telesa oz. organov, kar je mogoče razumeti vsaj v dveh pomenih:

- po eni strani je mogoče telo (dokler deluje) neopazno, ga ne opazimo,
- po drugi strani pa je mogoče razumeti, da v objektivnem smislu ni nič narobe, da deluje, da nima bolezenskih znakov.

Bolezen danes ni več razumljena kot nevtralen, naraven, temveč kot kontekstualno umeščen (v določen čas in družbeni prostor), družbeno interpretiran pojav (definicija bolezni), ki vključuje pomembne etične dimenzije (družbena vključenost/izključenost, načini dokazovanja bolezni, izbira zdravljenja). Telo je v tem kontekstu kot govor/jezik, s katerim se izražamo; telo namreč abstraktne pomene prevaja v materialna znamenja in simbole (dokazljive?!). Telo je v odnosu do bolezni kot medij za njeno izražanje (kar se najbolj vidno npr. pri psihosomatskih boleznih), še dodajata Goriup in Šoba (2018, str. 75–76). Poredoš (2004, str. 754) poudarja, da je le malo bolezni, ki bi se pojavljale zgolj v starosti. Tako se večina bolezni, ki jih srečujemo pri starostnikih, lahko pojavi tudi pri mlajših osebah. Za starost je značilno, da se takrat pogosteje pojavljajo in kopičijo kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni, poleg tega se pojavljajo določeni gerontološki sindromi ali pa bolezni, ki so skorajda izključno povezane s kasnejšimi življenjskimi obdobji, kot so: inkontinenca urina in blata, preležanine, spominske motnje, demenca, osteoporoza in druge.

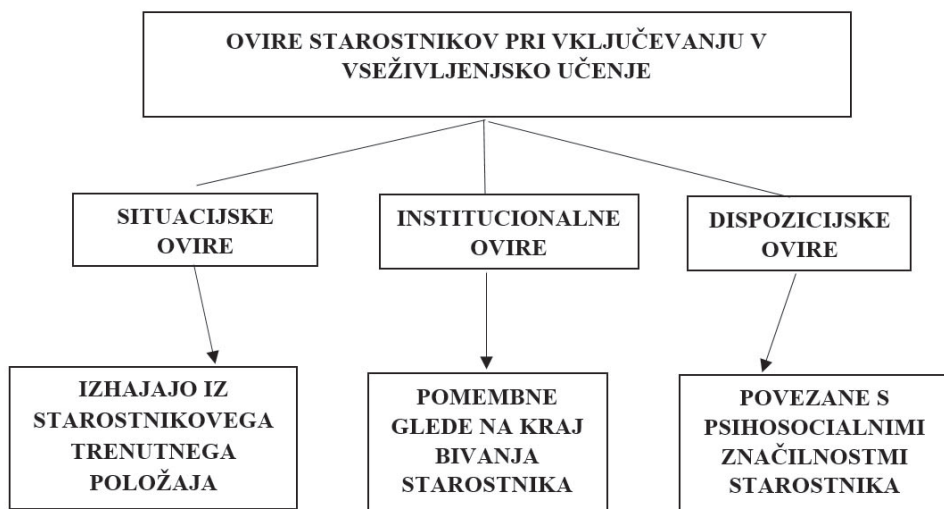
Pri staranju je treba upoštevati tudi kriterije za njegovo presojanje oziroma ugotavljanje le-tega. Osredotočili se bomo prav na to in odgovorili na vprašanje, kaj je značilno za zdravstveni, socialni, ekonomski in demografski vidik staranja. Seveda pa se staro-

stniki ob vključevanju v vseživljenjsko učenje soočajo z različnimi ovirami, ki pogosto nastanejo že pri odločitvi o (morebitnem) vključevanju v ta proces. Te so lahko:

- subjektivne (osebno zavračanje vseživljenjskega učenja zaradi ekonomskih, zdravstvenih in psihosocialnih težav) ali
- objektivne narave (težko dostopna mesta in pripomočki za vseživljenjsko učenje).

Ovire, ki so prikazane na sliki 3, in se postavljajo na pot starostnikom v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, so zelo pomembne pri odločitvi, ali se bodo vključevali v vseživljenjsko učenje ali ne.

Slika 1: Ovire starostnikov pri vključevanju v vseživljenjsko učenje



Vir: Macuh, B. (2017). *Življenjski slog starostnikov v domovih za starejše*. Maribor: Kulturni center, Frontier, str. 72.

V nadaljevanju nas zanimajo vidiki staranja.

1.2 Socialni vidik staranja

V postmodernejši družbi se tudi na področju socialnega vidika staranja pri starostnikih v tretjem in četrtem življenjskem obdobju dogajajo določene specifične spremembe. O teh spremembah piše tudi Pečjak (2007, str. 74): »V starosti se zelo spremeni starostnikova samopodoba, spremeni pa se tudi družbeni položaj starejših. Le-ti postajajo osamljeni, ker jih, po njihovem mnenju, družba izolira, diskriminira, izključuje in poriva na obrobje družbenega življenja. Nekateri starostniki se sami, zaradi družbene nemoči, razočaranja in resignacije umikajo iz aktivnega družbenega življenja. Ob tem se, predvsem ob prehodu v tretje življenjsko obdobje, soočajo z zanje številnimi konfliktnimi in bolečimi izkušnjami (npr. upokožitev, odhod zadnjega otroka iz družine, starostne zdravstvene težave, latentna realnost smrti enega od zakoncev, pridružijo pa se tudi finančne težave, spremembe bivališča (odhod v dom za starejše) in osamljenost.«

Vidne pa so tudi drugačne, pozitivne spremembe – današnja generacija ljudi, starih 65 let in več, je zagotovo najbolj dejavna in pustolovska generacija (Adlam, 2013). Delajo, opravljajo prostovoljne dejavnosti, potujejo, pišejo bloge, tečejo na maratonih, učijo se padalstva in tujih jezikov. Svoje prihranke (morda celo) namenijo novemu poslu, jadrajo okoli sveta ali zgradijo nov dom, o kakršnem so vedno sanjali. Uživajo, ker imajo čas, da obnavljajo prijateljstva in si širijo obzorja. Večina jih ima boljše družabno življenje in imajo več konjičkov in zanima jih več stvari. O zadnjem bomo na podlagi raziskave podrobneje pisali v empiričnem delu naloge.

1.3 Ekonomski vidik staranja

Starostniki se v tretjem življenjskem obdobju soočajo tudi z ekonomskimi posledicami oziroma težavami. Po mnenju Milavec Kapun (2011, str. 31) so le-te »očitne, saj se zvišuje delež neaktivnega prebivalstva na račun starih, ki so ekonomsko zahtevni (zaradi pokojnin, večjih izdatkov iz zdravstvene blagajne, pritiska na druge socialne sisteme idr.). Glede na to je nujno potrebno oblikovati načrtovan prehod iz zgodnjega upokojevanja k aktivnemu staranju (starejši so danes bolj pri močeh, kot so bili njihovi vrstniki v prejšnjih generacijah), kar pa seveda posledično pomeni, da se »zahteva« podaljšano delovno dobo aktivnega prebivalstva«. Penger in Dimovski (2007, str. 42) se strinjata, da »si družba, ki se stara, ne more in ne sme privoščiti, da bi velik del njenega prebivalstva, ki ga bodo v prihodnosti predstavljali stari ljudje, bil le pasiven spremljevalec dogajanja ali da bo ta obravnavan kot skupina, ki dela stroške in je v breme aktivnemu prebivalstvu.«

Ob dvigovanju starostne dobe se pričakuje tudi dvigovanje starostne dobe upokojevanja, navaja Macuh (2017, str. 33). V prihodnje se bomo morali bolj posvečati izkušnjam starejših, ki bi lahko mladim ob vključevanju na njihova (nova) delovna mesta bili izvrstni mentorji, s tem pa bi hkrati vsaj neko obdobje še lahko starejšim v tem okviru zagotavljali boljše ekonomske pogoje za življenje ob prehodu v tretje življenjsko obdobje.

1.4 Demografski vidik staranja

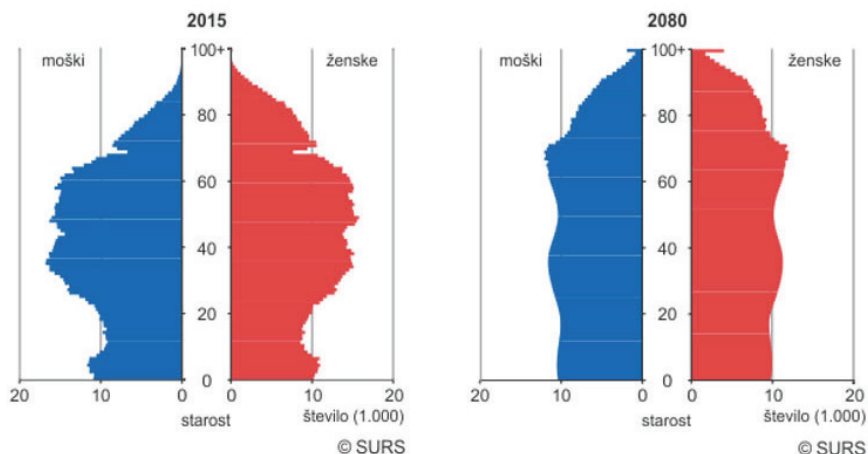
Na staranje je treba pripraviti tako posameznike kot tudi družbo. Današnje demografsko stanje v Sloveniji, kot navaja Ramovš (2013, str. 538), je prikazano kot »niz demografskih problemov, nalog ali izzivov, med njimi tudi prenapetost srednje generacije v upokojitev, večanje potreb po oskrbi onemoglih ljudi, premajhno medsebojno poznavanje med mlado, srednjo in upokojsko generacijo, preobremenjenost družine pri oskrbi onemoglih družinskih članov ter prešibko doživljanje vrednosti in smisla starosti v današnji kulturi.«

V zvezi z navedenim se tako Evropa kot tudi naša država soočata z demografskimi spremembami (Strategija varstva starejših, 2005). Te napovedujejo naraščanje števila starejših prebivalcev (zlasti najstarejših), razpadanje medgeneracijske povezanosti in nevarnost, da zakrni medgeneracijska solidarnost in začnejo upadati običajne družinske vloge, kakor tudi poklici, ki bi skrbeli za starostnike.

Demografske posledice staranja prebivalstva izvirajo (Malačič, 2008, str. 795) iz prepletenosti demografskih procesov in struktur. Slednje so posledica dolgotrajnega tudi večstoletnega delovanja rodnosti, smrtnosti in migracij. Hkrati pa bodo sedanje strukture prebivalstva, in med njimi starostna še prav posebej, zelo dolgo v prihodnosti določale mnoge značilnosti demografskih procesov. Starostna struktura prebivalstva v veliki meri določa starostno strukturo umrlih. V starih prebivalstvih se povečuje starost ob dedovanju. Zaradi manjše mobilnosti starejših je velik neposreden vpliv starostne strukture na migracije. Starejši ljudje se manj odločajo zanje. To pa ne pomeni nujno, da je zato migracij manj, saj lahko pride do posrednega vpliva staranja prebivalstva na migracije. Pomanjkanje mladih ljudi v takih primerih preprosto privlači mlade priseljence od drugod. Pomembna demografska posledica staranja je sprememba razmerij med starostnimi kontingenti prebivalstva. Razmerja med otroki in mladino, zrelim in starim prebivalstvom se morajo ohranjati v širše sprejemljivih okvirih. Če se ta razmerja porušijo, se družba znajde v resni demografski krizi (prav tam, ista stran).

V naslednjih 65 letih naj bi se zelo spremenila starostna sestava prebivalstva Slovenije. Leta 2015 so starejši (tj. osebe, stare 65 ali več let) predstavljali 17,9 % prebivalstva, leta 2057 naj bi bilo v tej starostni skupini skoraj 31 % prebivalcev Slovenije, leta 2080 pa nekaj manj kot 29 % (<http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>).

Graf 1: Prebivalci po starosti in spolu, Projekcije prebivalstva za Slovenijo 2015



Vir: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>.

Demografska podoba prebivalstva v Sloveniji kaže, da bo potrebno starostnikom v prihodnje posvetiti veliko več pozornosti, kot so je bili deležni doslej, ne zgolj na področju institucionalne, temveč tudi izveninstitucionalne oskrbe. Starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju je in bo vedno več, zato bo tudi odnos do njih in sobivanje z njimi pomemben sestavni del družbenega dogajanja. V tem okviru bo vse pomembnejše medgeneracijsko sodelovanje in prostovoljstvo. Še pomembnejšo vlogo kot doslej pa bodo morali odigrati predvsem svojci (družina).

1.5 Zdravstveni vidik staranja

Milavec Kapun (2011, str. 28) v povezavi z zdravstvenim vidikom staranja navaja, podobno kot mi, da »je staranje fiziološki proces, ki ga ne moremo preprečiti, lahko pa ga upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje oziroma dejavnikov, ki vplivajo na pospešeno staranje.« Strinjamo se z avtorico, da »cilj prizadevanj za upočasnitev staranja ne sme biti zgolj podaljševanje življenja, temveč mora biti poudarek na njegovi kakovosti, saj je ta še kako odvisna od duševnih in telesnih funkcij, ki jih poslabšujejo kronične bolezni in s tem onemogočajo kakovostno staranje. Z upadanjem teh funkcij se povečuje odvisnost starostnika od okolice, ob tem pa je pomembno njegovo socialno delovanje in stanje. Starostniki potrebujejo več zdravstvene preventivne in kurativne obravnave. Zaradi bioloških, psiholoških in socialnih značilnosti starejši niso vedno aktivni, samostojni pacienti, temveč potrebujejo več angažiranja in podpore celotnega zdravstvenega tima: večkratne ponovitve navodil, več usmerjanja in motivacije, več časa za obravnavo zaradi počasnosti, pogoste obiske, multimorbidnost, nadomeščanje socialnih stikov z obiski zdravstvenih institucij, intenzivno se je treba povezovati s svojci in socialno mrežo, ki zagotavlja terapevtski program in obvladovanje kroničnih bolezni.« (Milavec Kapun, 2011, str. 28–29)

Zdravje je najpomembnejša človekova vrednota, ki ima toliko bolj pomembno vlogo, ko človek ostari. Ker staranja ne moremo preprečiti, lahko upočasnimo nekatere dejavnike, ki vplivajo na zdravstveno stanje starostnikov. Ob preventivi, sprotnih zdravstvenih pregledih in odpravljanju zdravstvenih težav (z vidom, s sluhom, hojo, z motnjami prehranjevanja, spanja) imajo starostniki veliko manj težav, z boljšim počutjem pa je tudi njihov osebni pogled na življenje, navkljub letom, v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, bolj optimističen.

Za Pomurje in tudi nasploh za Slovenijo je značilno, da starejši v svojem domačem okolju lahko funkcionirajo s pomočjo pomembnih deležnikov (v skrbi za njihovo zdravje) pri urejanju stanovanj (čiščenje, košnja, občasna opravila pri hiši), pripravi oziroma prinašanju hrane, pri nakupih v trgovini, občasnih prevozih po opravkih (k zdravniku, v banko, na občino itd.), občasno pri osebni negi, negi in pri oskrbi na domu itd.

Priprava in razvoz hrane je storitev, ki se je med starejšimi v zadnjih letih že kar uveljavila. Za to dejavnost, ki vsekakor pripomore tudi k izboljšanju osebnega zdravja starostnikov (kakovostna prehrana, dostava na dom, pomoč pri postrežbi) skrbita EHO Podpornica in Škofijska Karitas Murska Sobota. Hkrati pa za starostnike poskrbijo z dostavo življenjskih potrebščin na dom, za prevoze (zdravniški pregledi, obisk bolnišnice), pomembna pa je tudi dejavnost humanitarnih in stanovskih društev za pomoč ljudem na terenu. Izvajajo pomoč na domu in druge oblike pomoči (skupine za samopomoč, Slovensko društvo Hospic), vzpostavljena pa je tudi mreža medgeneracijskih programov (http://www.zdus-zveza.si/docs/NAZDRAVJE/Ponudba_storitev_za_oskrbo_starejsih_v_Pomurju.pdf).

V nadaljevanju predstavljamo raziskavo, ki smo jo opravili zgolj med starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju v domovih za starejše v Pomurju.

Za raziskavo, ki sledi, smo si zadali naslednje hipoteze:

H1: Zdravstveno stanje je ključna dispozicijska ovira pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje.

Iz te hipoteze smo izpeljali naslednji podhipotezi:

H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v zdravju in drugih dejavnikih, ki vplivajo na vključevanje anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje in

H1.2, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v zdravju anketiranih glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

2 Metode

Uporabili smo deskriptivno analizo in kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega pedagoškega raziskovanja.

V raziskavo, kjer smo ugotavljali, ali je zdravstveno stanje ena od ključnih ovir oskrbovancev, smo vključili starejše od 65 let v pomurskih domovih za starejše. Raziskovani vzorec je zajel 390 izmed 906 starejših. V nadaljevanju navajamo domove za starejše, kjer smo izvedli raziskavo in število anketiranih starejših po posameznih domovih glede na število bivajočih v domovih za starejše:

- Dom starejših Rakičan (94 anketiranih od 255 bivajočih (v nadaljevanju zgolj številčni prikaz)),
- Dom starejših Rakičan – Enota Sv. Elizabeta Rogašovci (15 od 35),
- Dom starejših Rakičan – enota Murska Sobota (35 od 66),
- Dom starejših Lendava (63 od 165),
- Zavod Sv. Cirila in Metoda Beltinci (30 od 60),
- Dom starejših Občanov Gornja Radgona (75 od 122),
- DOSOR – Dom starejših Radenci (59 od 142) in
- Dom Danijela Halasa Velika Polana (19 od 61).

Podatke za potrebe raziskave smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vseboval 13 vprašanj, od tega 5 vprašanj zaprtega tipa, ki vključujejo vprašanja o objektivnih dejstvih (spol, starost, status, čas bivanja v domu za starejše, financiranje bivanja v domu za starejše). Vprašalnik je vseboval 6 ocenjevalnih lestvic, pri čemer so anketiranci na številčni skali od 1 do 5 ocenjevali pogostost pojava (ena pomeni najnižjo, 5 pa najvišjo). Pri šestem vprašanju nas je zanimalo, koliko jih predvsem zdravje ovira pri vključevanju v različne aktivnosti vseživljenjskega učenja v domovih za starejše.

3 Rezultati in razprava

S H1.1 smo najprej predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike med zdravjem in drugimi dejavniki, ki ovirajo vključevanje anketiranih starostnikov v vse-

življenjsko učenje. Pri preverjanju te hipoteze smo uporabili t-preizkus za odvisne vzorce. Pri tem smo zajeli naslednje pare spremenljivk:

- slabo zdravje in
- ostale ovire pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje.

Spremenljivko »ostale ovire pri vključevanju starostnikov« smo pripravili tako, da smo združili spremenljivke: finančno stanje, otroci mi ne dovolijo, slaba organizacija vseživljenjskega učenja, premalo predznanja, infrastruktura, cena vseživljenjskega učenja in plačljivost.

Tabela 1: T-preizkus za odvisne vzorce med paroma spremenljivk slabo zdravje in ostale ovire pri vključevanju anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje v domu za starejše

		Deskriptivne statistike			Korelacije		T-preizkus za odvisne vzorce			
		M	n	s	Korelacija		Razlika M	t	g	2P
Par 1	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,333	0,001	1,066	19,257	388	0,001
	Druge ovire pri vključevanju v vseživljenjsko učenje	2,77	389	0,752						

M = aritmetična sredina oz. povprečna vrednost

N = velikost vzorca

s = standardni odklon (signifikanca)

t = t-statistika

g = pogostostna stopnja

2P = signifikanca oz. statistična značilnost

Iz tabele 1 izhaja, da je razlika med paroma znašala 1,066 enot. Vrednost odklona znaša 0,000 ($p < 0,05$), kar pomeni, da je razlika v ocenah statistično značilna. Korelacija 0,333 prikazuje, da gre za nizko pozitivno povezanost, ki pa je, kot kaže $p < 0,05$, statistično pomembna. Kaže torej na to, da sta spremenljivki povezani. Tisti starostniki, ki ocenjujejo slabo zdravje kot oviro pri vseživljenjskem učenju, tako ocenjujejo tudi druge ovire.

Rezultati kažejo, da so anketirani slabo zdravje kot oviro ocenili povprečno s 3,84. To pomeni, da jim predstavlja to višjo oviro kot ostali dejavniki, kjer je povprečna ocena znašala 2,77. V domu za starejše se veliko starostnikov sooča z zdravstvenimi težavami. Te jim najpogosteje onemogočajo sodelovanje v aktivnostih vseživljenjskega učenja. Ostale ovire so se jim zdele premostljive oziroma sprejemljive.

Razvidna je statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnikov povečuje njihova odvisnost od okolice. Čim starejši je starostnik, več je zdravstvenih ovir (pešajo mu čutila, telesna moč, ima osteoporozo, razne kronične bolezni, akutna obolenja idr.), ki mu onemogočajo aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. Peša mu tudi spomin, pada mu interes in motivacija za učenje, zelo pogosto se pojavlja demenca, beg v osamo itd. S tem se zmanjšuje tudi zmožnost za aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. V povezavi z zdravstvenim vidikom staranja Milavec Kapun (2011) ugotavlja, podobno kot mi, da lahko staranje sicer upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje, oziroma

dejavnikov, ki vplivajo na pospešeno staranje. Poudarek mora biti na kakovostnem staranju, ki je odvisno od duševnih in telesnih funkcij, te pa še poslabšujejo kronične bolezni. Z upadanjem teh funkcij se povečuje odvisnost starostnika od okolice, potrebuje več zdravstvene preventive in kurative.

Izvedli smo tudi t-preizkus, pri čemer smo primerjali vsako izmed ovir pri vključevanju anketiranih v vseživljenjsko učenje s slabim zdravjem kot oviro pri vključevanju v vseživljenjsko učenje. Pri tem smo uporabili naslednje pare spremenljivk: slabo zdravje, finančno stanje (V10. 2); slabo zdravje, otroci mi ne dovolijo (V10. 3); slabo zdravje, slaba organizacija izobraževanja (V10. 4); slabo zdravje, premalo predznanja (V10. 5); slabo zdravje, infrastruktura (V10. 6); slabo zdravje, cena izobraževanja (V10. 7); slabo zdravje, plačljivost (V10. 8).

V tabeli 2 predstavljamo deskriptivno statistiko parov spremenljivk med »slabim zdravjem« in ostalimi zgoraj navedenimi spremenljivkami.

Tabela 2: Preizkus parnih vzorcev

		Deskriptivna statistika			Korelacije		T-preizkus za odvisne vzorce			
		M	N	s	Korelacija	Statistična značilnost	Razlika M	t	g	2P
Par 1	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,441	0,001	0,378	6,12	388	0,001
	Finančno stanje (10.2)	3,46	389	1,213						
Par 2	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,025	0,626	2,28	34,11	388	0,001
	10.3 Otroci mi ne dovolijo	1,56	389	0,783						
Par 3	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	-0,001	0,980	1,481	20,689	388	0,001
	10.4 Slaba organizacija izobraževanja	2,36	389	0,907						
Par 4	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,192	0,001	0,704	9,804	388	0,001
	10.5 Premalo predznanja	3,13	389	1,148						
Par 5	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,204	0,001	1,221	17,892	388	0,001
	10.6 Infrastruktura	2,62	389	1,053						
Par 6	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,301	0,001	0,792	11,353	388	0,001
	Cena izobraževanja (10.7)	3,05	389	1,236						
Par 7	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,312	0,001	0,607	8,683	388	0,001
	Plačljivost (10.8)	3,23	389	1,257						

M = aritmetična sredina oz. povprečna vrednost

N = velikost vzorca

s = standardni odklon (signifikanca)

t = t- statistika

g = pogostostna stopnja

2P = signifikanca oz. statistična značilnost

Iz rezultatov (tabela 2) izhaja, da lahko za vseh sedem parov ugotovimo, da so se anketirani starostniki strinjali s tem, da je slabo zdravje največja ovira pri vključeva-

nju v vseživljenjsko učenje, saj lahko vidimo, da so povprečne ocene te spremenljivke v vseh parih višje. Rezultati kažejo, da je slabo zdravje višja ovira, kot so naslednje ovire: finančno stanje, otroci starostnikom ne dovolijo vključevanja v vseživljenjsko učenje, slaba organizacija izobraževanja, premalo predznanja, infrastruktura, cena izobraževanja in plačljivost.

Iz rezultatov je razvidno, da obstaja najmočnejša korelacija med »slabim zdravjem« in »finančnim stanjem« ($r = 0,441$) anketiranih. To je pričakovan rezultat. Kljub dobremu finančnemu stanju se starostniki zaradi slabega zdravja ne morejo vključevati v vseživljenjsko učenje. Zanimiva je tudi korelacija med spremenljivko »slabo zdravje« in »plačljivost« ($r = 0,312$), ki pokaže, da bi se starostniki vključevali v aktivnosti vseživljenjskega učenja, čeprav bi jih morali plačati, če bi jim to zdravje dopuščalo. Tudi »slabo zdravje« v odnosu do »cene izobraževanja« ($r = 0,301$) je zelo blizu prvima dvema primeroma korelacij. Ugotavljamo, da korelacija z vsem, kar je povezano z ekonomskim stanjem starostnikov, pokaže, da je za starostnike v tretjem, predvsem pa v četrtem življenjskem obdobju najpomembnejše zdravje. Če bi bili zdravi, bi (se) najverjetneje vključevali v vseživljenjsko učenje v domu za starejše. Najnižja korelacija pa je med spremenljivkama »slabo zdravje« in »slaba organizacija izobraževanja« ($r = -0,001$). Izraža, da tukaj ni nikakršne korelacije, kar pomeni, da starostnikov s slabim zdravjem ne zanima, kako poteka vseživljenjsko učenje in s tem posledično organizacija le-tega. Pri šestih parih, od skupno sedmih, so korelacije pozitivne. Korelacija je negativna edino med parom spremenljivk »slabo zdravje« in »slaba organizacija izobraževanja«. Korelacije pri vseh sedmih parih spremenljivk so bile statistično značilne ($p < 0,05$).

Najvišja razlika med paroma spremenljivk je pri paru 2 (slabo zdravje in otroci mi ne dovolijo), ki znaša 2,280, pri čemer je za to vrednost ocena višja pri dejavniku slabo zdravje. Najnižja razlika med paroma spremenljivk je pri paru 1 (slabo zdravje in finančno stanje), kjer je razlika znašala 0,378 enot, pri čemer je ocena višja pri strinjanju s slabim zdravjem. Za zdravo in aktivno življenje je psihofizična kondicija nepogrešljiva (DSO Kočevje, 2016). Verjetno si zaradi tega želi vsak posameznik dobro telesno in duševno zdravje tudi v pozni starosti. Ohranjanje zdravja prispeva k pozitivni samopodobi starostnika, zato je fizioterapija pomemben del v celostni obravnavi starostnika v domu za starejše. Zdravje je nepogrešljiv dejavnik udeležbe pri vseživljenjskem učenju, zato starostniki ne navajajo, da jim otroci ne bi dovoljevali vseživljenjskega učenja. Slednji se najverjetneje zavedajo, da njihova dolžnost preživljanja staršev izhaja iz Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (2004), ki v prvem odstavku 124. člena določa, da je polnoletni otrok dolžan po svojih zmognostih preživljati svoje starše, če ti nimajo dovolj sredstev za življenje in si jih ne morejo pridobiti. To velja tudi za bivanje v domu za starejše in posledično za plačljive aktivnosti. Dolžnost preživljanja staršev in plačila oskrbe v domu za starejše torej tako pade (tudi) na ramena odraslih otrok.

Vrednost statistične značilnosti znaša pri vseh parih 0,001 ($p < 0,05$), iz česar izhaja, da so razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov kot ovir pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje pri vseh parih spremenljivk statistično značilne.

Na podlagi dobljenih rezultatov ugotovljamo, da je H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje, potrjena. To pomeni, da je zdravje največja ovira starostnikov pri vključevanju v vseživljenjsko učenje, zato je še toliko bolj pomemben Koncept okoljsko podprtega življenja (Reissner, 2012), ki med drugim vsebuje podporo pri ohranjanju zdravja in funkcionalnih sposobnosti starejših ljudi.

Razlike med parnimi vzorci v povprečnih ocenah med dejavniki so statistično značilne pri vseh parih spremenljivk.

Na podlagi tega smo preverili H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

Pri preverjanju hipoteze H1.2 smo izvedli t-preizkus neodvisnih spremenljivk, pri čemer smo uporabili spremenljivki (V9): ocena zdravja, pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu.

Pri tem smo spremenljivko »pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje« preoblikovali tako, da smo namesto prvotnih štirih razredov pripravili dva razreda, in sicer: nikoli in nekajkrat letno, mesečno in pogosteje.

Najprej prikazujemo tabelo s stopnjami.

Tabela 3: Povprečne stopnje pri oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu za starejše

	<i>Pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu za starejše</i>	<i>N</i>	<i>Povprečna stopnja</i>	<i>Statistična značilnost</i>
Slabo zdravje	Nikoli in nekajkrat letno	212	212,35	0,000
	Mesečno in pogosteje	177	174,22	
	Skupaj	389		

N = velikost vzorca

Rezultati kažejo, da so anketirani, ki so navedli, da se nikoli in nekajkrat letno vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu, povprečno višje ocenili oviro zaradi slabega zdravja. Tisti anektirani, ki pa se mesečno in pogosteje vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu za starejše, pa so stopnje povprečno nižje ocenili. Iz tega izhaja, da se starostniki, ki so slabšega zdravja, manj pogosto vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu.

Na podlagi dobljenih rezultatov ugotovljamo, da je H1.2, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja glede na pogostost vključevanja anketiranih v vseživljenjsko učenje – potrjena.

Rezultati niso presenetljivi, saj je razumljivo, da zdravstveno stanje starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju vpliva na pogostost vključevanja v vse-

življenjsko učenje, kar potrjuje tudi Cross (1981), ko piše, da morajo starostniki za vključevanje v vseživljenjsko učenje premagati različne situacijske ovire, kamor sodijo tudi zdravstvene težave.

Enako kot mi meni tudi Radovan (2012, str. 77), ki ugotavlja, da predvsem »raziskovanje ovir veliko prispeva k razumevanju tega, zakaj se odrasli (v našem primeru starostniki) ne vključujejo v izobraževanje (v našem primeru v vseživljenjsko učenje). Obstajajo določene omejitve, ki jih je treba omeniti. Najprej je treba opozoriti na to, da vse raziskovanje ovir temelji na percepcijah posameznika, kaj ga ovira. Zelo verjetno je, da ga ovirajo tudi nekateri dejavniki, ki se jih niti ne zaveda – ker se jih ne zaveda, pa zanj ne obstajajo. Prav tako je zelo verjetno, da so ljudje pri naštevanju ovir nekoliko pristranski in navajajo tiste dejavnike za izobraževalno neaktivnost, ki so družbeno sprejemljivi. Najpogostejše ovire, kot so stroški ali čas, je zato treba jemati z določeno mero skepticizma. Gre torej za premik od proučevanja bolj zunanjih (barriers) k proučevanju notranjih ovir (deterrents). Čeprav sta v angleščini ta dva pojma v bistvu sopomenki, so med njima določene subtilne razlike. Pri proučevanju s poudarkom na »zunanjih ovirah« se išče dejavnike, ki ovirajo sicer že motivirane odrasle – take, ki bi se izobraževanja radi udeležili. Drugi koncept pa zajema odrasle, ki se izobraževanja niti ne želijo udeležiti, in vključuje tudi notranje – motivacijske dejavnike. V tem smislu lahko torej nekoga ovirajo tudi negativna stališča do izobraževanja, učiteljev ali sebe in se ta odnos odraža tudi pri interpretaciji zunanjih okoliščin in možnosti vključevanja v izobraževanje (npr. čas kot osebna prioriteta, nepomembnost in nekoristnost izobraževanja).«

Med starostniki, ki smo jih obravnavali, je veliko takšnih, ki se srečujejo z ovirami tudi in predvsem v domu za starejše. V teh pa je, vsaj kar se tiče situacijskih ovir, dobro poskrbljeno.

Če sklenemo, lahko ugotovimo naslednje:

H1, s katero smo ugotavljali, ali je zdravstveno stanje ključna dispozicijska ovira pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje, je delno potrjena. H1.1, v kateri smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje, je potrjena. H1.2, kjer smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje, je prav tako potrjena.

V raziskavi smo se osredotočali predvsem na zdravstveno stanje kot ključno dispozicijsko oviro pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje. Ugotovili smo, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov kot ovir pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše. Potrdili smo tudi, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

Iz rezultatov je razvidna statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnika povečuje njegova odvisnost od okolice. Čim starejši je, več

je zdravstvenih ovir (pešajo mu čutila, telesna moč, ima osteoporozo, razne kronične bolezni, akutna obolenja idr.), ki mu onemogočajo aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. Peša mu tudi spomin, upada mu interes in motivacija za učenje, zelo pogosto se pojavlja demenca, beg v osamo itd. S tem se zmanjšuje zmožnost za aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje.

Anketirani starostniki so ocenili, da je slabo zdravje največja ovira pri vključevanju v vseživljenjsko učenje, da je slabo zdravje višja ovira, kot so: finančno stanje, otroci starostnikom ne dovolijo vključevanja v vseživljenjsko učenje, slaba organizacija izobraževanja, premalo predznanja, infrastruktura, cena izobraževanja in plačljivost, in navedli, da se nikoli ali samo nekajkrat letno vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu, pogosteje so navajali slabo zdravje kot razlog za to.

Podobno celovito gerontološko-medgeneracijsko raziskavo v Sloveniji je opravil tudi Inštitut Antona Trstenjaka leta 2008 z naslovom Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji, starih 50 let in več, na področju zdravja in socialnega funkcioniranja.

Populacija raziskave so bili prebivalci Slovenije, ki so bili 1. maja 2009 stari 50 let in več, torej rojeni pred letom 1960. Njihov načrtovani reprezentativni vzorec po starosti, spolu in statističnih pokrajinah, ki ga je pripravil Statistični urad RS, je štel 1800 ljudi, in predstavlja skoraj 750.000 prebivalcev Slovenije te starosti. Pri izvedbi raziskave so pridobili 1047 veljavno izpolnjenih anket (Ramovš, 2011). Raziskava je bila pripravljena tako, da so rezultati raziskave primerljivi z velikimi mednarodnimi raziskavami na tem področju.

Izhodišče za izbiro raziskovalne vsebine so bile potrebe, zmožnosti in možnosti ljudi, kakor jih doživljajo sami v današnjih življenjskih razmerah, ter njihova stališča do zdravstva, socialne oskrbe v onemoglosti, sožitja, njihovih socialnih mrež in drugih stvari, ki so pomembne za kakovostno staranje in krepitev medgeneracijske solidarnosti.

Na osnovi teh izhodišč je imela raziskava naslednje cilje (Ramovš, 2011):

1. ugotoviti socialne in zdravstvene potrebe, ki jih čutijo prebivalci Slovenije, stari 50 let in več;
2. ugotoviti njihove zmožnosti na področju krepitev vseh razsežnosti osebnega zdravja in socialne blaginje, še posebej medgeneracijskega sožitja z mlajšima generacijama;
3. ugotoviti njihova stališča in pričakovanja do zdravstvenih in socialnih storitev ter javnih služb na tem področju (Ramovš, 2011).

Čeprav raziskava ni bila opravljena med starostniki v domovih za starejše in tudi ne zgolj med starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, je vseeno prikazala socialne in zdravstvene potrebe starostnikov (potencialnih uporabnikov institucionalne oskrbe v prihodnjem tretjem in četrtem življenjskem obdobju), njihove možnosti na področju krepitev osebnega zdravja in pričakovanja glede zdravstvenih storitev. Mi pa smo z odgovori anketiranih starostnikov prišli do ugotovitve, kako zdravje pomembno vpliva na njihovo vključevanje v aktivnosti (vseživljenjsko učenje), ki jih organizirajo

v domovih za starejše. Odgovori so tako dober napotek strokovnim službam, izvajalcem aktivnosti in tudi svojcem starostnikov, ki lahko na osnovi rezultatov razmislijo o tem, kako pripraviti (še) bolj kakovostne dejavnosti, primerne starostnikom glede na njihovo zdravstveno stanje ter jim s tem (še) bolj približali kakovosten način življenja, ki je zelo pomemben za to starostno obdobje.

Ugotavljamo, da imajo domovi za izboljšanje stanja na tem področju vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje, navkljub različnim zmožnostim glede na zdravstveno stanje posameznikov, še veliko možnosti za izboljšanje pogojev na področju krepitve zdravlja starostnikov.

Bojan Macuh, PhD

The Importance of Health in Integrating Older People into Lifelong Learning in Nursing Homes

Old age is an integral part of the process of aging and depends on how an individual accepts it. This is further dependent on one's way of life; care for a healthy lifestyle and for quality perception of oneself in the process of aging. It is thus not surprising that authors share common definitions of the concept of old age, nor that authors regard the perception of old age and care for one's health in the old age identically or similarly. Life expectancy is rising. Societies, including the Slovenian society, will have to accept the fact that older people in their third and fourth life periods are still vital, full of energy and have a lot of knowledge, competences and skills.

Contemporary society is aging at an increasing rate. This problem has not been dealt with in the past, however, the present situation calls for provisions for the aging societies in the future. We live in times in which the old age is prolonged. Older people increasingly spend their third and fourth life periods in nursing homes, sheltered housing complexes and other care facilities for older people. Their daily cycles and habits thus have to adapt to the institutions in which they are accommodated. Their relatives see them only at visits and occasional socialising events organised by the institutions. For a more high-quality aging, not only in the material and organisational sense, there is a need to provide for the inclusion of older people particularly in the scope of lifelong learning, which is increasingly becoming a feature of every individual, including adults in their third and fourth life periods. We were interested in how aspects of health affect the inclusion of older people within activities organised in the framework of their institutional care in nursing homes.

Society will have to find solutions (a new health and pension reform) for priority solving of problems brought about by increasingly higher standards of living and higher life expectancy as well as better health of older people. Despite the fact that pension reforms continuously prolong the employment period and shorten the period

of retirement, the retired individuals remain a societal burden with which Slovenia and other European nations have to deal with.

For a high-quality life of older people their health condition is crucial regardless of whether they live at home with their families or in nursing homes. Nothing is possible if the most important factor, i.e. health requirements for their active participation in lifelong learning programs are not met. Physical (functional) and psychological health as well as personal psychical well-being should be pointed out in this regard. For a successful treatment of deficits related to these conditions (impaired hearing and sight problems and motoric disability) personal satisfaction, well-being, good relations with relatives, co-residents and care staff are very important, however, particularly important is maintaining high-quality life in the old age. Individuals think about and prepare for the old age even before retirement as life after reaching the age of 65 or in the third and fourth life period presents novel challenges for coping with entirely different lifestyle than before.

The data for the present research were collected through the use of a survey questionnaire which included questions of the closed-end type with questions of objective facts about the respondents (gender, age, status, duration of residency in the nursing home, financing of residency in the nursing home). The sixth question asked the respondents to what degree do certain (particularly health) conditions affect their inclusion in different activities in the nursing home. The research with which we intended to determine whether the health condition is one of the key obstacles for the residents in nursing homes was carried out in nursing homes in the Pomurje region with residents older than 65 years. The research sample included 390 residents from the population of 906 residents.

Research was carried out in different (public and private) nursing homes in the Pomurje region. In the case of two nursing homes, our research request was not granted. We argue that the research results are still relevant, as according to their health condition (motoric, hearing and sight disability, different forms of dementia etc.) a sufficient number of respondents were acquired. Research was carried out in the following nursing homes: Rakičan (94 respondents of 255 residents), Rakičan – St. Elizabeth Rogašovci unit (15 respondents of 35 residents), Rakičan – Murska Sobota unit (35 respondents of 66 residents), Lendava (63 respondents of 165 residents), St. Cyril and Methodius institute in Beltinci (30 respondents of 60 residents), Gornja Radgona (73 respondents of 122 residents), DOSOR – nursing home Radenci (59 respondents of 142 residents) and in Danijel Halas nursing home in Velika Polana (19 respondents of 61 residents).

The results of our research show that respondents who never or only a few times a year participate in lifelong learning programs in their nursing homes reported higher average grades of bad health conditions. However, respondents who participate in the lifelong learning programs on a monthly basis or more often, reported lower average grades of bad health conditions. This shows that older people with worse health conditions less often participate in lifelong learning programs in the nursing homes.

In the research we focused on the health condition as a key dispositional obstacle for integration of older people within lifelong learning programs. We determined that statistically significant differences exist in the estimation of health condition and other factors for the respondents. We could not confirm the existence of statistically significant differences in the estimation of health condition of respondents according to the frequency of their participation in lifelong learning programs, which we had studied. The health condition of older people is crucial for their high-quality life regardless of whether they live at home with their families or in nursing homes. Nothing is possible if the most important – health requirements for the active participation of seniors in lifelong learning programs are not met.

The society as a whole, as well as individual communities which deal with care programs for older people, care for them and their age-appropriate lifestyle. Comprehensive care programs for older people are: all-day care homes, caretaker families, day care and home communities. Of no less importance are self-help groups, intergenerational meeting groups as well as pensioner societies, which with their activities in respective communities help facilitate a pleasant and active lifestyle of older people.

Due to population aging, every developed society needs to consider how to prepare people for life after reaching the age of 65, or how to enable a high-quality lifestyle for them after reaching the end of their employment period. Due to the fact that many people after this age decide to live in nursing homes, we intended to determine what are the characteristics of lifestyle in institutional care. For many, residing in nursing homes represents a possibility for high-quality life as they provide all necessary services and activities, which cannot be received in their primary family environment. A high-quality lifestyle of residents in nursing homes is, however, not only dependent on the home's services supply but is also dependent on many factors, in our case particularly the factors related to health condition, but socio-economic, cultural, physical and personal factors are also worth mentioning here.

After reaching the age of 65 (at retirement or later) people meet new challenges which influence their lifestyle to a large degree. Besides health, which significantly affects their lifestyle in the third and fourth life periods, the primary (family) and possibly secondary environment (nursing home) is also important.

The number of the so-called young-old people just after reaching the age of 65 is increasing; they are full of energy and set different priorities for their retirement age: traveling around the world, active preoccupation with sport (hiking, yoga, fitness, biking, etc.), hobbies (painting, weaving), cultural activities (folklore, choirs, theatrical groups), language learning, etc. They may gradually lose their personal everyday employment, working roles, and roles in their expanded families, but increasingly become independent in their old (at home) and new (nursing home) living environments.

With the development of medicine, people in their third and fourth life periods are increasingly coping with problems and obstacles, particularly situational obstacles, which originate from their current condition. The first priority of older people is to

overcome family, financial, and of course, health problems. In the paper we focus particularly on the obstacles related to their health condition.

Health is the most important human value, which is increasing with aging of an individual. The aging process cannot be prevented, but we can decelerate some factors, which affect the health condition. In regard to preventive measures, regular health check-ups and treatment of health problems (related to hearing, sight, walking, eating and sleeping disorders), older individuals can have much less problems; furthermore, given their secured well-being, they can achieve a more optimistic personal outlook on life in their third and fourth life period, despite their age.

The presented aspects of aging are very important for the life of older people after retirement, as they directly relate to and complement each other. If they are not healthy, they also have problems with integration into society and this may often be due to obstacles in terms of their economic possibilities.

We can conclude that health (health condition) and well-being, as well as interpersonal relations, home (family) and neighbourhood, overall active lifestyle, pre-occupation with different free-time activities, and persona independency all importantly influence the lives of people in their third and fourth life periods.

LITERATURA

1. Adlam, E., Feinmann, J., Garton, J., Hams, M. in Meredith, S. (2013). Tako mladi, kot se počutite: vodnik za aktivno življenje v zrelih letih. Ljubljana: Mladinska knjiga.
2. Bertalaníč, V. (2016). Ponudba storitev za oskrbo starejših v Pomurju. Pridobljeno s svetovnega spleta: http://www.zdus-zveza.si/docs/NAZDRAVJE/Ponudba_storitev_za_oskrbo_starejsih_v_Pomurju.pdf.
3. Canguilhem, G. (1989). The normal and the pathological, second edition. New York: Zone.
4. Cross, K. P. (1981). Adults as learners: increasing participation and facilitating learning. San Francisco: Jossey-Bass.
5. Goriup, J. in Lahe, D. (2018). Poglavlja iz socialne gerontologije. Maribor: AMEU-ECM, Alma Mater Press.
6. Macuh, B. (2017). Življenjski slog starostnikov v domovih za starejše. Maribor: Kulturni center, Frontier.
7. Malačič, J. (2008). Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. XII. Kongres in 144. Skupščina slovenskega zdravniškega društva. Staranje slovenskega prebivalstva – gerontološki in geriatrični izzivi. Zdravniški vestnik, 77, str. 793–798.
8. Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC.
9. Pečjak, V. (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba.
10. Penger, S. in Dimovski, V. (2007). Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju. Ljubljana: UMAR, IB revija, 1.
11. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. Zdravniški vestnik, 73, str. 753–756.
12. Projekcije 2015: v 2080 naj bil bilo prebivalcev Slovenije manj kot danes, delež starejših višji. Pridobljeno dne 15. 5. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>.
13. Radovan, M. (2012). Razumevanje izobraževalnih ovir z vidika modela omejenega delovanja. Sodobna pedagogika, 2, str. 70–88.
14. Ramovš, J. (2011). Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. Predstavitev raziskave prebivalstva Slovenije, starega 50 let in več. Kakovost na starost, 14, št. 2, 3–21.

15. Ramovš, J. (2013). Staranje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
16. Reissner, A. Nove tehnologije kot pomoč starejšim. Pridobljeno dne 15. 8. 2016 s svetovnega spleta: http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-INFORMATIKA/Nove_tehnologije_kot_pomoc_starejsim.pdf.
17. Starc, V. (1999). Novejši pogledi na biologijo staranja. *Zdravniški vestnik*, 68, str. 65–72.
18. Strategija varstva starejših do 2010. (2006). Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.mddsz.gov.si>.
19. ZZZDR. Uradni list RS. (2004). Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/49906>.
20. Žnidaršič, J. in Dimovski, V. (2006). Od koncepta zgodnjega upokojevanja k strategiji aktivnega staranja. *Kakovostna starost*, 9, str. 2–14.
21. Walker, A. and Hagan Henessy C. (2004). *Growing older - quality of old age*. Maidenhead (Berkshire, UK): McGraw-Hill Education.