

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 15 (2012), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 15, številka 1, marec 2012

KAZALO

UVODNIK (Introductory)

- 1 Jože Ramovš

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (Scientific and expert articles)

- 3 Slavica Valenčak: Kaj je v Sloveniji starosti prijazno in kaj ne?
20 Jože Ramovš: Uporaba računalnika pri 50 in več let starih prebivalcih Slovenije
36 Božidar Voljč: Zakaj pri nas starejši ljudje zamenjajo zdravnika?
47 Zdenka Grašević, Dejan Kocijan, Anja Kovačič: Rehabilitacija na negovalnem oddelku UKC Ljubljana

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE (Review of gerontological literature)

- 57 Ocene tveganja za padce pri starejših (Tina Lipar)
60 Vpliv telesne vadbe na kvaliteto življenja starostnikov (I Herman Berčič)
63 Generacije v medsebojnem pogovoru (Anton Mlinar)
66 Samo da bo denar in zdravje: življenje starih in revnih ljudi (Tina Lipar)
70 Vitamin D v povezavi s padci (Tina Lipar)
72 Vmesna generacija in trendi v štirigeneracijskih družinah (Tanja Pihlar)
75 Zloraba starejših in alkohol (Tina Lipar)
79 Prilagajanje gospodarskih dejavnosti demografskih spremembam (Ksenija Saražin Klemenčič)
80 Pomembnost hidroterapije za ohranjanje kakovosti življenja oseb v starejšem življenjskem obdobju (I Herman Berčič)
82 Vpliv Tai Chi programov vadbe na stabilnost in preprečevanje padcev v starejšem življenjskem obdobju (I Herman Berčič)
84 Med nami (Klemen Jerinc)
85 Poklicni priročnik za nudenje pomoči zapuščenim starostnikom (Marijana Širbenk)
88 **Drobci iz gerontološke literature** (Klemen Jerinc, Tina Lipar, Ksenija Saražin Klemenčič, Mojca Slana)
94 **Gerontološki dogodki** (Mojca Slana)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (Glossary of gerontology terms)

- 95 Negovalna bolnišnica (Jože Ramovš in Tina Lipar)
95 Rehabilitacijska bolnišnica (Jože Ramovš in Tina Lipar)
96 Negovalni dom za stare ljudi (Jože Ramovš)

SIMPOZIJI, POSVETI (Symposiums, workshops)

- 97 Poročilo o udeležbi na prvi svetovni konferenci starosti prijaznih mest (Ksenija Ramovš, Mojca Slana, Božidar Voljč)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE (Age-friendly cities and rural communities)

- 100 Starosti prijazna Slovenija v letu 2012 (Božidar Voljč)

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (Reflections from the intergenerational programmes)

- 102 Delo Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v letu 2011 (Ksenija Ramovš)
107 Negovalni oddelk Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana (Darja Koželj)
109 Otvoritvena slovesnost Evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti (Mateja Zabukovec)

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ (Classics on ageing and good intergenerational relations)

- 112 Prof. Drago Ulaga o gibanju in športni dejavnosti starejših ljudi (Herman Berčič)

Slika na naslovnici: prof. Drago Ulaga

Kaj boste naši v prvi številki petnajstega letnika revije *Kakovostna starost*? Vesel sem, da vam poleg utečenih vsebin lahko ponudimo v branje tri, za našo revijo sveže vsebine.

Prva so prispevki o negovalni bolnišnici. Strokovnjaki, ki delajo na negovalnem oddelku Kliničnega centra v Ljubljani, so pripravili dva prispevka, v gerontološko-medgeneracijskem izrazju pa so pojasnjeni pojmi negovalna bolnišnica, rehabilitacijska bolnišnica in negovalni dom za stare ljudi. Pri nas je v zadnjih dveh desetletjih prišlo do velike spremembe v strukturi stanovalcev domov za stare ljudi, tako da danes v njih večina stanovalcev potrebuje veliko oskrbe in nege. Neopazno so iz splošnih domov za stare ljudi postali pravi negovalni domovi. Seveda se zahtevnost in narava dela ter organizacija negovalnega doma zelo razlikuje od splošnega doma za stare ljudi, zato je odlika naših domov za stare ljudi, da se uspejo prilagajati zahtevnejšim razmerah. Staranje prebivalstva pa spreminja tudi strukturo bolnikov v bolnišnicah. Čedalje večji je delež starih ljudi v njih. Čedalje večji je pritisk, da bolnik po intenzivni obravnavi bolezni ali poškodbe čim prej prepusti prostor v bolnišnici drugemu. Na te razmere se je naše zdravstvo odziva tudi z uvajanjem negovalnih bolnišnic in negovalnih oddelkov v bolnišnicah. Osebjem v negovalnih bolnišnicah pionirsko išče primerne koncepte dela, prav tako pa primerno mesto v zdravstvenem sistemu. Ko od blizu s spoštovanjem pogledamo njihovo delo, vidimo, da ne opravljajo le vloge negovalne bolnišnice, ampak zelo uspešno tudi – morda celo predvsem – pomembno vlogo rehabilitacijske bolnišnice, saj v nekaj tednih usposobijo večino svojih pacientov za samostojno življenje v domačem okolju.

Druga vsebina te številke je starosti prijazno okolje – starosti prijazna mesta in podeželje. O tem obetavnem programu Svetovne zdravstvene organizacije za reševanje novih nalog ob staranju prebivalstva na svetu smo v naši reviji že pisali pred leti, ko se je program začel širiti. Medtem se je v Sloveniji začela razvijati nacionalna mreža starosti prijaznih mest in občin, ki velja v svetovni javnosti za eno od najbolj uspešnih. Nedavno je bil v Dublinu 1. svetovni kongres starosti prijaznih mest – v reviji boste našli o njem poročilo. Med znanstvenimi članki je analiza podatkov o starosti prijaznem mestnem in podeželskem okolju v Sloveniji – podatki so bili zbrani v veliki slovenski raziskavi o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let. Začenjamo pa tudi z novo rubriko, v kateri bomo vsakokrat prikazali uspehe in prizadevanja za starosti prijazno podobo v enem od slovenskih mest ali eni od podeželskih občin.

Tretja sveža vsebina v reviji sta šport in telesna kultura za starejše. V rubriki *Klasiki o staranju in sožitju* nam prof. dr. Herman Berčič predstavlja starosto slovenske telesne kulture, prof. Drago Ulaga (1906-2000) – svojega poklicnega kolega. Še vedno so mnogim živo v spominu Ulagovi klenci članki o gibanju, športu in telesni kulturi v starosti. Velik del svojega pedagoškega dela je namreč posvetil prav športu in telesni kulturi starejših ljudi. Njegovo delo razvijajo in nadaljujejo ne le nove generacije športnih pedagogov, ampak tudi fizioterapevti, ki zlasti po domovih za stare ljudi, gojijo in širijo plemenite veščine redne telovadbe za krepitev telesne kondicije v starosti; drugače pri zelo gibčnih in drugače pri nepokretnih v postelji, toda pri vseh z istim ciljem: da bi se njihova gibljivost, moč in zdravjeboljšalo, krepilo in ohranjalo.

Te in tudi druge vsebine v reviji so torej zelo uglašene na letošnje evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, ki je bilo postavljeno pred nas kot možnost za dvig ravni teh dveh velikih vrednot.

KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD'AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / Publisher

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

Uredniški odbor / Editors

dr. Jože Ramovš (urednik)

dr. Božidar Voljč (za medicinsko gerontologijo)

Tina Lipar

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

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

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

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

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

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

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

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

dr. Božidar Voljč (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

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

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

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

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

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

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

Pregled besedila: Polona Marc

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO.

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

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6€

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

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2012 sofinancira Javna agencija za knjigo Republike Slovenije.

Slavica Valenčak

Kaj je v Sloveniji starosti prijazno in kaj ne?

POVZETEK

Svetovna zdravstvena organizacija širi programa Starosti prijazna mesta (*Age-friendly Cities*) in starosti prijazno podeželje (*Age-Friendly Rural and Remote Communities*), da bi pomagala prilagajati se na staranje prebivalstva in na širjenje urbanizacije. Ker ta dva programa uvajamo tudi v Sloveniji, smo v raziskavi *Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji* vprašali prebivalce, ki so stari 50 in več let, tudi po njihovih izkušnjah, kaj je v njihovem kraju starosti prijazno in kaj ne, ter kaj so pripravljene pri tem narediti sami. Analiza rezultatov kaže, da najbolj pogrešajo druženje in da jim veliko pomeni narava ter prijazno, prijetno in mirno okolje. Na področju družabnega življenja jim veliko pomenijo druženja in srečanja starejših, različne prireditve, športne aktivnosti, kulturne prireditve, izobraževanja in druga druženja, ki so namenjena starejšim in tudi ostalim. Pri tem imajo pomembno vlogo krajevna društva, ki nudijo vse naštetu in pomagajo najšibkejšim. V članku smo odgovore raziskave razvrstili po osmih področjih starosti prijaznega mestnega in podeželskega okolja, kot je to storila Svetovna zdravstvena organizacija v obeh svojih priročnikih.

Gljučne besede: Slovenija, raziskava 50+, starosti prijazna mesta in podeželje, dobrobit kraja

Avtorica: *Slavica Valenčak* je univerzitetna diplomirana socialna delavka, diplomirala je leta 2010 s področja zasvojenosti. Zaposlena je na Društvu socialni forum za zasvojenosti in omame, na Inštitutu Antona Trstenjaka pa sodeluje pri programih za kakovostno staranje. Pri raziskavi, ki jo obdeluje ta članek, je aktivno sodelovala tudi pri terenskem anketiranju.

ABSTRACT

What is in Slovenia age-friendly and what's not?

World Health Organisation is introducing its programmes Age-friendly Cities and Age-Friendly Rural and Remote Communities in order to help countries prepare to population ageing and expansion of urbanisation. Since these two programmes are also being implemented in Slovenia, we asked participants of our research 'The needs, standpoints and potentials of Slovenian population aged 50+ three questions on age-friendliness in their environment: which things is their local community are age-friendly and which not, and how are they willing to help to make it more age-friendly. The analysis of the outcomes shows, that they mostly miss socializing and that nature and friendly, pleasant and peaceful environment and that mean a lot to them. In the field of social life, many of them find important gatherings and meetings, sports activities, education, cultural and other social events, which are intended for the elderly people and also the remaining population. An important role of local associations, who offer all of the above listed activities, and most vulnerable people has been found. In this article, the answers were classified in eight areas of age-friendly urban and rural environments, as it has been done by the World Health Organisation in both of their guides.

Key words: Slovenia, survey 50+, Age-friendly Cities, Age-Friendly Rural and Remote Communities, welfare of the home community.

Author: Slavica Valenčak graduated in social work in the field of addictions in 2010. She works at Social Forum Association for Addictions and intoxications. At Anton Trstenjak Institute of Gerontology and Intergenerational relations she participates in programmes for quality ageing. She actively participated in data gathering for the research this article discusses.

1. SVETOVNI PROJEKT STAROSTI PRIJAZNIH MEST IN PODEŽELJA

Starosti prijazno mesto je vključujoče in dostopno urbano okolje, ki promovira aktivno staranje. Starosti prijazna mesta (*Age-friendly Cities*) so program Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki skuša mestom pomagati, da se prilagodijo na globalna demografska trenda – naglo staranje prebivalstva in širjenje urbanizacije.

SZO je na podlagi izsledkov življenje v mestih opredelila z osmimi področji, ki se med seboj prepletajo. Prva tri se nanašajo na stavbe in prostore izven stavb, javni prevoz in bivališča. Vsa tri pomembno vplivajo na zdravo in aktivno življenje starejših meščanov, na njihovo mobilnost in varnost pred poškodbami in kriminalom. Naslednja tri področja povezujejo spoštovanje starejših, možnosti socialnega vključevanja in družbenega sodelovanja. To odraža vsebino in kulturo socialnega okolja ter priložnosti, ki jih okolje starejšim ponuja za njihovo družbeno sodelovanje. Zadnji dve področji, to je komuniciranje in informiranje ter podpora skupnosti in zdravstvene storitve, pa socialna okolja starejših povezujeja s storitvami zdravstva in sociale (SZO, 2007; Voljč, 2010).

Leta 2005 je SZO projekt Starosti prijaznih mest predlagala na 18. svetovnem kongresu gerontologije in geriatrije v Rio de Janeiru. V 33 mestih po svetu so okoli 1500 starejših meščanov prosili, naj opišejo prednosti in ovire, ki jih doživljajo na različnih področjih mestnega življenja. Na podlagi vseh mnenj in predlogov so v SZO opredelili 84 značilnosti starosti prijaznega mesta ter pripravili in izdali priročnik za uresničevanje projekta. Namen priročnika je, da se sleherno mesto oceni samo, kaj lahko stori in kako naj napreduje v urejenosti, prijaznosti in varnosti. Poziv SZO po uvajanju starosti prijaznih mest je po svetu naletel na dober odziv. V Evropi so se pri tem najbolj izkazala mesta, ki so bila evropske prestolnice kulture.

Pobuda za ustanovitev Starosti prijaznega podeželja je bila podana leta 2006 v Kanadi. Inicijativo so podprla zvezna-pokrajinska ministrstva, katera so pristojna za starejše ljudi. V pilotni raziskavi je sodelovalo 8 provinc, znotraj katerih je bilo v raziskavo vključenih 10 skupnosti. Ob koncu pilotne študije so kanadske oblasti izdale priročnik z naslovom *Starosti prijazno podeželje in oddaljene skupnosti (Age-Friendly Rural and Remote Communities: a Guide)*.

Starosti prijazno podeželje s svojo zakonodajo, storitvenimi službami, prilagoditvami in strukturo omogoča ljudem aktivno življenje. Posluži se:

- prepoznavanja širokega spektra kapacitet in virov znotraj same starejše populacije,
- predvidevanja s starostjo povezanih potreb in prednosti ter fleksibilnega odgovarjanja nanje,
- spoštovanja odločitev in izbire življenjskega sloga starejših ljudi,
- zaščite najbolj ranljivih starejših ljudi,
- spodbujanja vključevanja starejših ljudi v družbo in sodelovanja v njej.

V dogovoru s SZO smo na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje leta 2008 sprožili aktivnosti za uvajanje programa Starosti prijazna mesta v

Sloveniji. Naleteli smo na zelo dober odziv županov slovenskih mest in podeželja. Inštitut je izdal priročnik *Starosti prijazno mesto - Vademecum* (Voljč, 2009). V vsakem od vključnih mest in občin smo k sodelovanju povabili ugledne meščane, ki bodo s pomočjo priročnika ugotavljali, kaj bi bilo mogoče izboljšati, da bi bilo bivanje v slovenskih mestih bolj zdravo, kakovostno in prijazno starim ljudem. Pa ne le starim ljudem, kajti kar je prijazno starosti, je prijazno vsem. Ugotovitve zbiramo na Inštitutu, jih obdelamo in z njimi vsako leto seznanimo javnost, pa tudi SZO.

Inštitut je v letih 2008 in 2009 po metodološkem protokolu SZO za projekt Starosti prijazno mesto v Ljubljani izvedel tudi raziskavo, ki je namenjena poglobitvi znanj o staranju v mestnih okoljih. Njen cilj je tudi okrepiti ozaveščenost o krajevnih potrebah, zijajočih prazninah in dobrih izboljševalnih zamislih, ter tako pospešiti razvijanje starosti prijaznejših urbanih prostorov. Izsledki raziskave so predstavljeni v monografiji *Starosti prijazna Ljubljana*, ki je bila izdana leta 2010. Dr. Božidar Voljč, ki je avtor monografije, v prvem poglavju pojasni, da je namen projekta »*mestnim oblastem po svetu pomagati pri uvajanju bolj prijaznega načina življenja in odnosa do starejših meščanov*« (Voljč, 2010: 15).

2. RAZISKOVALNI PODATKI O STAROSTI PRIJAZNEM KRAJU V NAŠI RAZISKAVI

V nadaljevanju bomo prikazali rezultate terenske raziskave *Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji*, ki je bila opravljena na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let. Vzorec, populacija in celotni obseg te obsežne raziskave je bil predstavljen v reviji *Kakovostna starost* (Ramovš, 2011). V tem članku bomo predstavili analizo naslednjih petih vprašanj iz te raziskave:

- Kaj v vašem kraju je starosti prijazno – to je tako, da ljudem pomaga živeti na stara leta lažje, bolje in bolj zadovoljno?
- Kaj v vašem kraju je starosti neprijazno – to je tako, da ljudem otežuje živeti na stara leta kakovostno, lepo in zadovoljno?
- Na kakšen način prispevate k dobrobiti vašega kraja?
- Kaj bi bili (poleg prej povedanega) še pripravljene storiti za dobrobit svojega kraja?
- Kaj se vam zdi, da v vašem kraju ljudje najbolj pogrešajo?

Med 1047 anketiranci te raziskave jih živi v mestu 25 % (264) in na podeželju ostale tri četrtine (783), pri čemer smo vzeli za mesto tista naselja, ki imajo nad 10.000 prebivalcev, manjša pa za podeželje.

Obdelava podatkov je bila kvalitativna. Izjave anketirancev so razvrščene po osmih področjih, ki jih je določila SZO, in so naslednja:

1. Stavbne in izvenstavbne površine
2. Prevoz
3. Bivališča
4. Družabno življenje
5. Spoštovanje in vključevanje v družbo
6. Družbeno angažiranje in zaposlitev
7. Občevanje in obveščanje

8. Storitve skupnosti in zdravstvenih služb

Vprašanja, ki jih obdelujemo v tem članku, so bila odprtega tipa. Ljudje, ki so odgovarjali, so praviloma povedali anketarju en sam poudarek. S kvalitativno analizo smo odgovore obdelali in razvrstili po zgoraj naštetih osmih področjih; tudi prvotna raziskava SZO je uporabljala podoben način ugotavljanja, kaj je v mestih starosti prijazno in kaj neprijazno.

Pri obdelavi so bile posamezne izjave umeščene v zgoraj navedena področja. Pri posameznih področjih se odgovori glede na število anketiranih ne pojavljajo pogosto, vendar je tukaj potrebno vedeti, da so vsi odgovori razvrščeni v osem kategorij, in vsak anketiranec je ponavadi navedel en odgovor, kar ga najbolj moti oz. kaj je starosti prijazno v njegovem domačem okolju. Kot najbolj značilni področji sta se pri opravljeni raziskavi pokazali *stavbene in izvenstavbne površine* ter *družabno življenje*, zato ju bomo v nadaljevanju tudi podrobneje predstavili.

3. PRIJAZNOST STAVBENIH IN IZVENSTAVBNIH POVRŠIN NA PODEŽELJU IN V MESTIH

»Zunajstavbno mestno okolje ima velik vpliv na pomičnost, samostojnost in kakovost življenja starejših meščanov.« (Voljč, 2010: 43)

Anketiranci v naši raziskavi so najpogosteje navajali, kaj je starosti prijazno in kaj neprijazno na stavbnih in izvenstavbnih površinah. Od 264 anketirancev, ki so odgovorili na naše vprašanje, jih je 173 s podeželja in 91 iz mesta. Njihove odgovore smo razvrstili v kategorije, kot jih prikazuje Tabela 1, pri tem smo upoštevali delež mestnih in podeželskih odgovorov v naši raziskavi.

Tabela 1: Kaj je starosti prijazno pri stavbnih in izvenstavbnih površinah?

	SKUPAJ		VAS		MESTO	
	število odgovorov	%	število odgovorov	%	število odgovorov	%
narava	67	6,4	54	6,9	13	4,9
mir	45	4,3	36	4,6	9	3,4
prijazno, prijetno okolje	45	4,3	29	3,7	16	6,1
sprehajalne poti	27	2,6	14	1,8	13	4,9
bližina trgovine	20	1,9	9	1,1	11	4,2
delo na vrtu, v naravi	9	0,9	9	1,1	0	0
drugo	15	0,9	8	1	7	2,6
urejena soseka	8	0,8	8	1	0	0
klančine za invalide	8	0,8	0	0	8	3
dostopnost do javnih ustanov	7	0,7	0	0	7	2,6
pločniki	8	0,8	6	0,8	2	0,7
klopce	5	0,5	0	0	5	1,9
skupaj odgovorov	264	25,21	173	22,09	91	34,47
N raziskave	1047	100	783	74,79	264	25,21

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010; N 1047

Ljudje v mestih in na vasi so torej večinoma izpostavljali iste stvari, ki se jim zdijo kraju prijazne. Nekatere kategorije pa so značilne samo za podeželje, npr. delo na vrtu, v naravi, urejena soseska in pločniki, druge samo za mesta, npr. klopce, klančine za invalide in dostopnost do javnih ustanov.

Pod drugo so na podeželju naštevili še: urejenost infrastrukture in kanalizacije, urejene ceste, razsvetljava, klopi, park, kolesarska pot, osvetljen vhod in varen kraj. V mestih pa: urejeni parki, pločniki, javna razsvetljava, asfalt, dvigala, rampe za invalide in koši za pasje iztrebke.

Če primerjamo zgornje rezultate naše raziskave s priporočili ljubljanskih meščanov, se pokaže naslednje: tako Ljubljčanom kot ostalim anketiranim Slovencem je starosti prijazno okolje, če je urejeno in čisto, Ljubljčanani so poleg tega izpostavili še varno okolje. Anketirani Slovenci so poudarili, da je starosti v njihovem kraju prijazno, če jih obdajajo narava, zelene in urejene sprehajalne poti. Ljubljčanani so dodali, da so poti pozimi posute s peskom.

V naši raziskavi se je pokazalo, da imajo ljudje veliko težav s pločniki. Na podeželju jih primanjkuje, v mestih pa so neurejeni – zasedeni z avtomobili in pozimi neočiščeni. V raziskavi, izvedeni med Ljubljčanani, se je pokazalo, da v starosti prijaznem okolju pločniki niso zaparkirani, so nizki in primerni za invalide, imajo med seboj povezane kolesarske steze in klančine, da kolesarji in rolkarji ne ogrožajo pešcev na njih ter da so količki na pločnikih urejeni tako, da omogočajo dostavo na dom. Tudi v naši raziskavi se je pokazalo starosti prijazno, če so v kraju urejene klančine za invalide.

Tako Ljubljčanom kot anketiranim v naši raziskavi veliko pomeni, da so jim dostopne javne ustanove in trgovine v bližnji okolici. V Ljubljani je pomembno, da je trgovina v centru, kar omogoča starejšemu človeku vsakodnevne nakupe, da so napisi na izdelkih napisani z dovolj velikimi črkami, da je plačevanje hitro, da se starejšim in invalidom pomaga, da je izdelke mogoče naročiti tudi na dom, da so ob določenih dnevih v trgovinah popusti za upokojnence.

V naši raziskavi so ljudje izpostavljali, da jim je prijazno že to, da imajo trgovino v bližini doma, ostalih podrobnosti niso omenjali, čeprav bi se verjetno strinjali z vsemi priporočili starejših Ljubljčanov.

Tudi javna razsvetljava je zelo pomembna. V mestih so jo navajali kot starosti prijazno, če je urejena, na podeželju jo pogrešajo, v Ljubljani pa so izpostavili, da pripomore k varnosti gibanja po ljubljanskih ulicah in poleg številnih policijskih obhodov omogoča večji nadzor na mestnih objektih.

Ljubljčanani so izpostavili, da je prijazno, če imajo po mestu dovolj na gosto razporejena javna stranišča in da je tržnica vsem prijazen del mestnega središča.

Ljubljčanani so poleg že omenjenega povedali, da je starejšim ljudem prijazno okolje takšno, da ima zelene intervale na prehodih za pešce urejene tako, da omogočajo prečkanje tudi starejšim.

Kot starosti prijazno je bilo izpostavljeno tudi, da imajo ljudje v javnih stanovanjskih poslopih dvigala in pomagala. To je v naši raziskavi izpostavljeno kot pomanjkljivost. Prav tako je s parkirišči, ki jih je v starosti prijaznem okolju dovolj, v naši raziskavi pa se je pokazalo, da jih primanjkuje.

Primerjava rezultatov naše raziskave z *Global Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide* pokaže veliko podobnost. Starosti prijazni so prehodni pločniki, potke in steze,

urejen dostop do javnih zgradb in lahko prehodne površine znotraj zgradb, kar pomeni, da imajo stopnišča malo stopnic, da klančine za invalidske vozičke niso preveč strme in da so stranišča dostopna. Ob pešpoteh so dostopne toalete in urejena počivališča s klopcami primerne višine. Prilagoditve dajejo starejšim občutek varnosti. Storitvene dejavnosti in trgovine so na razdalji, ki jo lahko starostnik prehodi.

Primerjava rezultatov naše raziskave z *Global Age-Friendly Cities: A Guide* pa pokaže naslednje. Obkrat ljudje navajajo, da je starosti prijazno prijetno in urejeno okolje, kar pomeni, da je naravna okolica mesta lepa, tiha, mirna, da ni hrupa in da so ulice očiščene. Velik pomen imajo zelene površine, ki so v marsikaterem mestu slabo vzdrževane in mnogi ljudje so poudarjali potrebo po bolj vzdrževanih parkih. Prav tako so ljudje poudarili, da so počivališča nujen urbanističen poudarek, kjer se lahko ljudje sprostijo. Neprimerni pločniki so splošen problem v skoraj vseh mestih. V številnih mestih, kot je Mexico City, Rio de Janeiro in mesta na Jamajki, so pešci prisiljeni deliti pločnike z uličnimi prodajalci. V ostalih mestih, kot je La Plata, Moskva, Ponce in Ruhr, so na pločnikih parkirani avtomobili, zato morajo pešci hoditi po cesti. V naši raziskavi pa so se ljudje pritoževali, da so pločniki neurejeni, zasedeni z avtomobili in pozimi neočiščeni.

Starejši ljudje so v mnogo mestih zaskrbljeni nad varnim prečkanjem ceste. V kar nekaj mestih so se ljudje pritožili, da zeleni intervali na prehodih za pešce niso dovolj dolgi in tako onemogočajo varno prečkanje starejšim ljudem. V večini mest je promet gost in kot dodaten problem so izpostavili hitro vožnjo.

Kot pri nas je tudi drugod velik problem **dostopnosti**, zato so ljudje predlagali, da bi izobraževali arhitekta in urbaniste o tem, kaj potrebujejo starejši ljudje.

Občutek **varnosti** močno vpliva na odločitev, ali bo posameznik zapustil dom, kar posledično vpliva na samostojnost, fizično zdravje, socialno vključenost in emocionalno dobro počutje. Nekatera mesta starejši občutijo kot varna, drugih ne. Ne glede na stopnjo dejanskega kriminala so pomisleki glede varnosti prisotni povsod, vključujejo pa osvetlitev ulic, nasilje, zločine, zlorabo drog in brezdorstvo na javnih površinah. Starejši ljudje se posebno bojijo zapuščati svoje domove ponoči. V naši raziskavi so ljudje nekajkrat odgovorili, da je starosti neprijazna neurejena javna razsvetljava. Ključne za starejše so tudi sprehajalne in kolesarske steze, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja v starosti.

V številnih mestih, kot so Himeji, Mayaguez, Melbourne in New Delhi, imajo izdelana priporočila, kako zgraditi stavbe, da bodo lažje dostopne in uporabnikom bolj prijazne. Na splošno kot starosti prijazni veljajo: dvigala, tekoče stopnice, klančine za invalidske vozičke, široka vrata in prehodi, primerne stopnice (ne previsoke, ne prenizke) z ograjami, nedrseča tla, počivališča z udobnimi sedeži, primerna in zadostna signalizacija določenih oddelkov znotraj zgradb, javna stranišča z urejenim dostopom za invalide.

Kot starosti prijazen dejavnik so označena tudi primerna javna stranišča. Prav tako, kot je bilo izpostavljeno v raziskavi opravljeni v Mestni občini Ljubljana, pa so ljudje v raziskavi *Guide: Age-friendly Cities* poudarili, da so ovire za starejše dolge čakalne dobe na določene storitve. Predlagajo, da bi se za starejše uvedlo posebna okenca ali prodajalne pulte. V Londonu in Tokiju pa predstavlja težavo tudi zapiranje manjših lokalnih trgovin, kar predstavlja starejšim izgubo socialne mreže in daljšo pot za opravljanje nakupov. To se je pokazalo tudi v raziskavi v Ljubljani, kjer ljudje pogrešajo manjše trgovine v centru mesta. Ta dejavnik se je

pojavi v naši raziskavi kot najbolj pereč zlasti na podeželju, saj so starejši ljudje odvisni tudi od tujega prevoza, v mestih pa so izpostavili, da jih moti odmaknjenost trgovskih centrov na obrobje mesta.

Če pogledamo, kaj anketiranci izpostavljajo kot starosti neprijazno, lahko ugotovimo, da se marsikaj sklada s priporočili SZO in prav tako s priporočili starejših Ljubljančanov.

Tabela 2: Kaj je starosti neprijazno pri stavbnih in izvenstavbnih površinah na podeželju?

	število odgovorov
oddaljenost od trgovine	32
slaba infrastruktura in slabe ceste	30
pomanjkanje pločnikov	28
oddaljenost (od centrov, ustanov ...)	15
drugo	12
slaba javna razsvetljava	8

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N=1047

Ostali odgovori, ki so jih anketirani še navajali, pa so bili: umazan zrak, pomanjkanje dvigal, slabo očiščene ceste pozimi, neurejena komunala, razkropljenost hiš, neobstoječ javni vodovod, prometna nedostopnost.

Tabela 3: Kaj je starosti neprijazno pri stavbnih in izvenstavbnih površinah v mestih?

	število odgovorov
neurejeni pločniki, zasedeni z avtomobili in pozimi neočiščeni	13
drugo	12
odsotnost dvigala	11
odmaknjenost trgovskih centrov	10
gost promet	10
slab, onesnažen zrak	6
neurejen javni prevoz	4
pomanjkanje parkirišč	4
ozke ceste	4

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

Poleg tega so ljudje navajali še naslednje: pomanjkanje klopi, parkov, kolesarskih stez, pešpoti, težji dostop za invalidske vozičke, beton, živali v blokih, neurejena komunala in uničenje javne infrastrukture.

4. DRUŽABNO ŽIVLJENJE NA PODEŽELJU IN V MESTIH

»Družabno življenje je tesno povezano z zdravjem in dobropočutjem. Z vključenostjo v zabavne, družabne, kulturne in duhovne aktivnosti v družini in skupnosti starejši dokazujejo svoje sposobnosti, uživajo spoštovanje in ugled ter vzdržujejo ali sklepajo nova poznanstva. Na ta način se ohranja vključenost v družbo in potrebna obveščenost.« (Voljč, 2010: 56)

Anketiranci so pogosto odgovarjali, kaj je starosti prijazno na področju družabnega življenja. Od 173 anketirancev, ki so odgovorili na naše vprašanje, jih je 138 s podeželja in 35 iz mesta. Njihove odgovore smo razvrstili v kategorije, kot jih prikazuje Tabela 1, pri tem smo upoštevali delež mestnih in podeželskih odgovorov v naši raziskavi.

Tabela 4: Kaj je starosti prijazno na področju družabnega življenja?

	SKUPAJ število odgovorov	%	VAS število odgovorov	%	MESTO število odgovorov	%
druženja in srečanja starejših	67	6,4	59	7,53	8	3
prireditve za starejše	29	2,77	25	3,19	4	1,5
športne aktivnosti, telovadba za starejše	27	2,58	19	2,43	8	3
drugo	15	1,43	11	1,4	4	1,6
kulturne prireditve	16	1,53	9	1,15	7	2,6
izobraževanja, predavanja	7	0,67	5	0,64	2	0,7
gledališke igre, predstave	7	0,67	5	0,64	2	0,7
gasilske veselice, druženja	5	0,48	5	0,64	0	0
skupaj	173	16,52	138	17,62	35	13,26
skupaj celota	1047	100	783	74,78	264	25,21

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

Poleg odgovorov, razvidnih iz Tabele 4, so ljudje na podeželju navajali še naslednje odgovore: aktivnosti za starejše, koncerti, pevski zbori, ples, krajevni prazniki, razstave, voščila in obdaritve starejših, obiski starejših v domovih upokojencev, računalniške delavnice za starejše.

V mestih pa pevske vaje, obiski starejših, knjižnica in obiski starejših ob novem letu.

Rezultati naše raziskave v primerjavi s *Priporočili ljubljanskih meščanov* pokažejo naslednje.

Ljudem veliko pomenijo druženja in srečanja starejših. Ljubljanci so izpostavili, da velikemu številu starejših predstavlja bivanje v njim vajejenem okolju pogoj za vključenost v družabno življenje.

Tako Ljubljancem kot anketirancem veliko pomenijo družabne dejavnosti in možnosti. V naši raziskavi se pokaže kot najbolj starosti prijazen dejavnik, da se ljudje srečujejo in družijo. Pri tem imajo velik pomen prireditve za starejše, športne aktivnosti, kulturne prireditve, izobraževanja, predavanja, gledališke igre in predstave, pa tudi gasilske veselice in druženja. Ljubljanci so poleg kulturnih in izobraževalnih dejavnosti ter prostovoljskih aktivnosti, izpostavili še društva, cerkev in dnevne centre aktivnosti. Prav tako so menili, da je starosti prijazno, da so starejši obveščeni o možnostih vključevanja v različne bivalne skupnosti, da se spodbuja ustanavljanje klubov starostnikov, da se starejše vključuje v pravo zborov, volitev.

Koncerti in kulturne prireditve se za starejše izvajajo ob popoldanskih urah, na voljo so vstopnice s popustom, organizirani so prevozi s kombiji ali malimi avtobusi. V parkih so ob večerih sprehodi ob živi glasbi, organizirani so plesni večeri, namenjeni starejšim občanom, poskrbljeno je, da ozvočenja nočnih glasbenih prireditev na prostem ne kalijo nočnega miru okoliških stanovalcev.

Če primerjamo rezultate z *Global Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*, vidimo naslednje: v naši raziskavi se je pokazalo, da so na stara leta ljudem prijazna zlasti druženja in srečanja. Tako kot v naši raziskavi so tudi v raziskavi *Global Age-Friendly Rural and Remote Communities* anketiranci izpostavili, da je v njihovem okolju prijazno delovanje različnih društev, obojim veliko pomenijo športne aktivnosti in rekreacija ter možnosti v kraju za izvajanje le-teh. Oboji so poudarili kulturne prireditve, izobraževanja. Razlika je v tem, da so v naši anketi ljudje podarili, da so v njihovem kraju starosti prijazne organizirane gledališke igre in predstave ter gasilske veselice. V raziskavi *Global Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide* pa so anketiranci poudarjali naslednje: aktivnosti za starejše v okviru bogoslužja, kulinarične aktivnosti, vključno s čajankami, razvedrilne dejavnosti kot npr. tombola, karte, šah, pikado, različni tečaji in hobiji. K temu so dodali še, da so dejavnosti cenovno dostopne vsem in da se poleg zgoraj naštetih možnosti izvajajo še medgeneracijske in družinske dejavnosti. V raziskavi *Global Age-Friendly Cities: A Guide* so anketiranci izpostavili kot starosti prijazne naslednje dejavnike: v večini mest so izpostavili, da bi morala biti ponudba dejavnosti bolj pestra; predlagajo več in bolj raznolike aktivnosti, ki bi potekale blizu njihovih domov; želijo si aktivnosti, ki bi jih bolj povezale znotraj skupnosti in z drugimi starostnimi skupinami in kulturami. Največji izziv predstavlja dosegljivost in dostopnost, predvsem za ljudi z invalidnostmi, pa tudi informiranost o dogodkih. V mnogo mestih so podobne aktivnosti preveč oddaljene, ponudba prevozov pa neprimerna. Naslednji problem so načrti zgradb, ki ovirajo dostop starejšim ljudem in invalidom, ter pomanjkanje sanitarij, primernih počivališč in nekadilskih prostorov.

Ovira je tudi, da morajo biti za sodelovanje v določenih aktivnostih člani določene organizacije. Dejavnosti, ki so zastoj ali vsaj cenovno dosegljive širši populaciji starejših, povečujejo udeležbo na prireditvah. Tu so ljudje izpostavili problem, da so aktivnosti dostopne samo bogatejšim. Boljše sodelovanje starejših ljudi spodbuja široka paleta možnih aktivnosti, a je nekaj ljudi izpostavilo, da je potrebno zagotoviti boljše obveščeno o dogodkih in aktivnostih. Sporočilo iz različnih mest po svetu se glasi, da je vključevanje v družabno življenje lažje, kadar so primerne aktivnosti blizu domov uporabnikov.

Starejši ljudje si želijo priložnosti za druženje z različnimi starostnimi skupinami in z ljudmi iz drugih kultur. Medgeneracijske dejavnosti so bolj zaželeno kot aktivnosti, namenjene samo starejšim ljudem. V Saanichu imajo npr. aktivnosti za starejše ljudi v praznih prostorih šol. Priporočajo, naj skupnostni programi in rekreacijski centri spodbujajo vključenost ljudi različnih starosti in sposobnosti. Boljšo integracijo različnih generacij vidijo kot boj proti staromrzištvu, s čimer se starejši ljudje pri obiskovanju različnih aktivnosti velikokrat srečujejo.

Starejši ljudje si želijo, da bi bila javnost bolje seznanjena s procesi staranja, kar bi pripomoglo k večji potrpežljivosti in spoštljivosti ter razumevanju. Medgeneracijske aktivnosti obogatijo izkušnje ljudi vseh starosti. Starejši ljudje tako predajo svoja tradicionalna znanja,

izkušnje in znanje, mlajši ljudje pa starejše seznanijo s sodobnimi praksami in jim pomagajo orientirati se v hitro spreminjajoči se družbi. V Nairobiju starejši ljudje predajajo znanje in veščine tradicionalnega plesa na mlajše. Če pogledamo, kaj anketiranci izpostavljajo kot starosti neprijazno na področju družabnega življenja, lahko ugotovimo, da marsikaj sovpada s priporočili SZO in prav tako s priporočili starejših Ljubljancev.

Tabela 5: Kaj je starosti neprijazno na področju družabnega življenja na podeželju?

	število odgovorov
pomanjkanje dogodkov, prireditev in druženja za starejše	22
hrup	7
drugo	5
nočni nemir	5
ni prostora, kjer bi se starejši zbirali	5
pomanjkanje kulturnih prireditev	4
pokanje petard	4

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

Pod *drugo* so anketiranci povedali naslednje: divjanje po soseski, gostilna, nekulturno obnašanje mladine, pomanjkanje petja. Na tem področju ljudi v mestih najbolj moti hrup, nato pa še zbiranje mladine, zlasti tiste, ki se drogira in je glasna, zbiranje mladih na parkiriščih, grafiti, preglasna glasba na ulici in pomanjkanje druženja in prireditev za starejše.

5. OSTALA PODROČJA RAZISKAVE

5.1 PREVOZ

Na podeželju so kot starosti prijazen dejavnik 4 anketiranci navedli možnost vožnje z avtobusom. Kot starosti neprijazno na podeželju je kar 53 anketiranih odgovorilo, da je javni prevoz slabo urejen ali pa ga sploh nimajo. Sledi gost promet, ki moti 39 anketiranih.

V mestih so kot starosti prijazno ljudje navajali urejenost javnega prevoza in bližino avtobusnih postaj. Kot starosti neprijazno pa zlasti gost promet (18 anketiranih), slab javni prevoz (6 anketiranih) in slabe ceste. Potožili so tudi, da je promet neurejen in da se zelena luč na semaforju na prehodu za pešce prehitro ugasne.

5.2 BIVALIŠČA

V tem sklopu so ljudje s podeželja največkrat navajali, da je starosti prijazno, če lahko živijo doma na vasi, v domačem okolju. Starosti neprijazna je oddaljenost od večjega kraja, od mesta in nakupovalnih centrov ter velika oddaljenost od sosedov. Kot starosti neprijazno v mestih je bil trikrat naveden odgovor odročnost od centra.

5.3 SPOŠTOVANJE IN VKLJUČEVANJE V DRUŽBO

Tabela 6: Kaj je starosti prijazno na področju spoštovanja in vključevanja starejših ljudi v družbo na podeželju?

	število odgovorov
medsebojna pomoč sosedov in svojcev	58
drugo	17
dobri medosebni odnosi	15
obiski starejših ljudi	10
prijaznost do starejših	7
obiski prostovoljcev	6
medgeneracijska srečanja	4

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N=1047

Odgovori, ki so bili navedeni pod *drugo*: vsi se med seboj poznamo, spoštovanje, pomoč in razumevanje starejših, da se ljudje med seboj pozdravljajo, se pogovarjajo, srečevanja skupin za samopomoč, pomoč prijateljev, pogovori.

Tabela 7 kaže, kaj so ljudje navajali kot starosti neprijazno na tem področju.

Tabela 7: Kaj je starosti neprijazno na področju spoštovanja in vključevanja starejših ljudi v družbo na podeželju?

	število odgovorov
odtujenost, ni občutka skupnosti, vsak se drži zase	21
osamljenost ljudi	17
drugo	12
nerazumevanje starejših	7
nevoščljivost sosedov	6
konflikti	5
premalo nudenja pomoči starejšim	5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N=1047

Poleg tega so anketirani omenjali naslednje: konflikti, nespoštovanje starejših, neprijaznost, premalo komunikacije, obiskov, solidarnosti, medgeneracijskega povezovanja, nasploh pozornosti, namenjene starejšim. Neprijazno je tudi opravljanje, prepiranje sosedov in da mladi ne pozdravljajo starejših.

Meščani so največkrat poudarjali, da je na področju spoštovanja in vključevanja starejših ljudi starosti prijazna medsebojna pomoč sosedov (13 anketiranih). Poleg nje so navajali še: pomoč in spoštovanje starejših, pozornost mlajših, skupine za samopomoč, medsebojno razumevanje in pomoč prostovoljcev.

Kot starosti neprijazno so meščani našli: nespoštovanje in nestrpnost do starejših, odtujeni medosebni odnosi, nekulturno obnašanje, prepiri sosedov, osamljenost starejših ljudi, opravljanje, odvisnost od pomoči drugih ljudi, nevoščljivost in pomanjkanje pomoči za starejše.

5.4 DRUŽBENO ANGAŽIRANJE IN ZAPOSILITEV

Tabela 8: Kaj je starosti prijazno na področju družbenega angažiranja in zaposlitve na podeželju?

	Število odgovorov
aktivnosti Društva upokojencev	53
aktivnosti Rdečega križa (obiski, prireditve, morje za starejše)	33
organizirani izleti za starejše	31
aktivnosti raznih društev v kraju	18
drugo	15
aktivnosti Karitasa	13
delovanje, pomoč in obiski Krajevne skupnosti	9
aktivnosti Društva invalidov	5
aktivnosti Prostovoljnega gasilskega društva	5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

Ostala področja, ki so jih starejši še našli, so bila: medgeneracijsko društvo, planinsko društvo, kulturno društvo, Univerza za tretje življenjsko obdobje, Zveza borcev, delo v domačem okolju na vrtu in okolici.

Kot starosti neprijazno so starejši omenjali pomanjkanje društev, pomanjkanje krajevne pomoči in pomanjkanje tovarn, da bi ljudje lahko delali. Meščani so na tem področju navedli angažiranje naslednjih organizacij in društev: društvo upokojencev, Univerza za tretje življenjsko obdobje, pomoč Rdečega križa in krajevne skupnosti, pomoč občine in Cerkve, dejavnosti raznih društev (športno društvo, turistično društvo, društvo Gea). Tu so navajali še organizirane izlete in delavnice za starejše ter tečaje računalništva. Kot neprijazno v mestih so navajali pomanjkanje služb, dolgočasenje ljudi, ki se nimajo kam dati, pomanjkanje delavnic za starejše in prenizke pokojnine.

5.5 OBČEVANJE IN OBVEŠČANJE

Kot starosti prijazno na podeželju ni nihče ničesar omenil. Kot starosti neprijazno pa so starejši na podeželju našli: pomanjkanje slovenskega jezika zvečer na ulici, onemogočeno komuniciranje in tehnološke spremembe, ki jih starejši ljudje težje dohajajo. Nobena izjava starejših iz mestnega okolja ni ustrezala temu vsebinskemu sklopu.

5.6 STORITVE SKUPNOSTI IN ZDRAVSTVENIH SLUŽB

Tabela 9: Kaj je starosti prijazno na področju storitev skupnosti in zdravstvenih služb na podeželju?

	Število odgovorov
prisotnost doma upokojencev v domačem kraju oz. v bližini domačega kraja	37
bližina zdravstvenega doma oz. ambulante	11
organizirana pomoč na domu	5
pomoč patronažne službe	5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N=1047

Nekaj ljudi je odgovorilo, da je starosti prijazno, ker imajo v domačem kraju dnevne centre, upokojske bloke, varovana stanovanja, dostop do zdravstvene pomoči oz. do zdravstvenih ustanov, ker je lekarna v bližini doma. Starosti prijazno pa je tudi, da imajo urejeno pomoč zdravnika na domu in nudene prevoze k zdravniku.

Kot starosti neprijazno na podeželju jih je 16 odgovorilo, da imajo otežen dostop do zdravstvene pomoči, saj so preveč oddaljeni od zdravstvenih domov, 10 jih je kot slabost navedlo, da nimajo v bližini doma upokojsencev, v zvezi s temi so bili tudi odgovori, da so domovi upokojsencev nedostopni in predragi (6 anketiranih) in da so v domovih predolge čakalne vrste (3 anketiranci). Kot slabost so izpostavili tudi težji dostop do javnih ustanov in služb, slabo organiziranost in previsoko ceno pomoči na domu, pomanjkanje zdravnikov in lekarn na podeželju.

V mestih so ljudje največkrat omenili, da je starosti prijazno, da imajo dom upokojsencev v bližini doma (15 anketiranih), da je zdravstveni dom v bližini doma ter da so javne storitve dostopne. Poleg tega je prijazno, da imajo varovana stanovanja in urejeno oskrbo na domu. Sledili so še bližina ambulante, bolnice in lekarne ter urejen dostop do zdravstvenih domov z invalidskimi vozički. Kot starosti neprijazno so navajali premalo oskrbe na domu in prezasedene domove upokojsencev, ter slabše razmere v zdravstvu. Tisti, ki so oddaljeni od zdravstvenih domov, so izpostavili to pomanjkljivost.

6. NA KAKŠEN NAČIN PRISPEVATE K DOBROBITI VAŠEGA KRAJA?

Na to vprašanje je odgovorilo 698 ljudi. Odgovori so razvrščeni v kategorije, kot je prikazano v spodnji tabeli.

Tabela 10: Na kakšen način prispevate k dobrobiti vašega kraja?

	f (skupaj)	f(%)	f(vas)	f(mesto)
prostovoljni prispevki	148	14,14	124	24
skrb za čisto in urejeno okolico	100	9,55	60	40
sodelovanje pri akcijah (za razvoj kraja)	93	8,88	87	6
medsebojna pomoč sosedom	91	8,69%	63	28
aktivnost v društvu	65	6,21%	55	10
se pozdravljamo, prijaznost, obiski, pogovori	27	2,58	19	8
pomagam kar lahko	23	2,20	22	1
prostovoljno delo	22	2,10	18	4
udeležba na prireditvah	9	0,86	7	2
ločevanje odpadkov	5	0,48	2	3
drugo	27	2,58	18	9
ne morem (zaradi bolezni, starosti)	79	7,54	63	16
ni odgovoril, nič	358	34,19	245	113
skupaj	1047	100%	783	264

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N=1047

Pod *drugo* spadajo odgovori, ki so samoumevni, kot je npr. plačevanje davkov in prispevkov, z opravljanjem svoje dejavnosti oz. službe, se držim zase, s poštenostjo, z bioenergetskimi točkami. Nekaj gospa je reklo, da pečejo peciva za razne krajevne praznike.

Ena gospa je odgovorila, da veze prte za cerkev in tako pripomore k dobrobiti kraja.

Ljudje so mnogokrat odgovarjali, da bi bili pripravljeni storiti, kar bi bilo potrebno – tu so navajali, da bi lahko sodelovali pri raznih društvih, pri krajevnih akcijah, pri dejavnostih v kraju, kjer bi jih drugi prosili za pomoč. Problem je v tem, da se sami ne angažirajo, so pa mnogi pripravljeni veliko storiti za domači kraj, sploh če je to v njihovi moči. Marsikdo je povedal, da je že sodeloval v raznih krajevnih akcijah, zlasti, ko se je gradil vodovod, telefonska napeljava in kanalizacija v domačem kraju. Sodelovali so pri akcijah z lastnim delom in prispevali lastno zemljišče. Ena gospa pomaga ljudem urejati administrativne zadeve, saj je bila prej v tem poklicu.

7. KAJ BI BILI (POLEG PREJ PОВEDANEGA) ŠE PRIPRAVLJENI STORITI ZA DOBROBIT SVOJEGA KRAJA?

Na to vprašanje je odgovorilo 590 ljudi. Odgovori so razvrščeni v kategorije, kot je prikazano v spodnji tabeli.

Tabela 11: Kaj bi bili še pripravljeni storiti za dobrobit svojega kraja?

	f(skupaj)	f(%)	f(vas)	f(mesto)
kar bi bilo potrebno	153	14,61	131	22
ne vem	92	8,79	67	25
nudjenje pomoči drugim	44	4,20	27	17
ne morem (zaradi bolezni, starosti)	119	11,36	98	21
kar bi zmoget, kar bi lahko	29	2,77	18	11
čistilne akcije, skrb za čisto okolje	27	2,58	13	14
prostovoljno delo	13	1,24	9	4
prostovoljni prispevki	4	0,38	4	0
drugo	109	10,41	76	33
ni odgovoril, nič	457	43,65	340	117
skupaj	1047	99,99%	783	264

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

Pod *drugo* je en gospod je dejal, da bi bil pripravljen sodelovati, če ga ne bi kritizirali. Ena izmed anketirank pa je izjavila, da bi sodelovala pri raznih akcijah, a ne zmore, saj mora skrbeti za invalidno hčerko. Ena izmed anketirank je odgovorila, da bi mlajše učila ročnega dela, kot je npr. pletenje, izdelovanje rož ... En gospod je rekel, da bi bil pripravljen storiti karkoli, kar bi pripomoglo k lepim oz. boljšim odnosom, počutju oz. življenju ljudi. Nekateri bi pomagali bolnim, starim ljudem, ki so pomoči potrebni.

8. KAJ SE VAM ZDI, DA V VAŠEM KRAJU LJUDJE NAJBOLJ POGREŠAJO?

Na to vprašanje je odgovorilo 598 ljudi. Odgovori so razvrščeni v kategorije, kot je prikazano v spodnji tabeli.

Tabela 12: Kaj se vam zdi, da v vašem kraju ljudje najbolj pogrešajo?

	f (skupaj)	f(%)	f(vas)	f(mesto)
druženje	197	18,46	148	49
trgovino	63	5,90	48	15
urejeno infrastrukturo	101	9,47	76	25
boljše ceste	29	2,72	27	2
urejen javni prevoz	33	3,09	31	2
več kulturnih prireditev	24	2,25	19	5
dom upokojujencev v domači okolici	22	2,06	19	3
urejeno javno razsvetljavo	11	1,03	11	0
več denarja, višje pokojnine	21	1,97	12	9
drugo	117	10,96	75	42
ni odgovoril, nič, ne vem	449	42,08	337	112
skupaj	1067*	99,99%	803	264

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, N 1047

*Pri tem vprašanju so nekateri anketiranci navedli po več odgovorov, nekateri pa nobenega; naveden je skupni seštevek vseh odgovorov.

Pod urejeno infrastrukturo se pojavljajo različni odgovori; pomanjkanje pločnikov v domačem kraju (10 anketirancev), sprchajalnih poti (7 anketirancev), športnih centrov in igrišč (9 anketirancev), igral za otroke, nekje pogrešajo mrliško vežico, drugje vrtec in šolo. V nekaterih krajih so ljudje brez vodovoda, nekajkrat pa so omenili, da imajo slabo urejeno kanalizacijo (12 anketirancev). Pogrešajo tudi klopcce (6 anketirancev), dvigala (7 anketirancev), parkirišča (8 anketirancev), banko, pošto, lekarno, parke (7 anketirancev), klančine za invalide in prilagojena stanovanja. Ponekod bi ljudje imeli kavarnice, kar nekajkrat pa so omenili, da pogrešajo dobro kmečko gostilno. V nekaterih krajih pa pogrešajo smetnjake.

Pod *drugo* so največkrat navajali, da ljudje po njihovem mnenju pogrešajo:

- zabavo – zlasti za mlade ljudi (12 anketirancev),
- več pristnih stikov in medsebojnega sodelovanja, pomoči (17 anketirancev),
- prostore za aktivnosti in druženja (17 anketirancev),
- mir (13 anketirancev),
- bližino zdravstvenega doma in osebnega zdravnika (13 anketirancev),
- zaposlitev, varno službo (10 anketirancev),
- kabelsko televizijo (5 anketirancev),
- več časa, preživetega z družino (3 anketiranci),
- internet (3 anketiranci).

Poleg tega pogrešajo oskrbo in varstvo za starejše ljudi, ki nimajo svojcev, urejenost kraja, več reda in discipline, prijaznost, strpnost in razumevanje starejših ljudi, poštenost, več mladih ljudi in dejavnosti zanje. Kar nekaj anketirancev pa pogreša kino. Med predlogi anketirancev je bilo tudi to, da bi moralo biti na razpolago več stanovanj za mlade. Nekateri bi želeli, da bi bilo »več sociale«. Zanimiva in zgovorna odgovora sta bila tudi: »Menim, da ljudje pogrešajo več domačnosti, prijaznosti in povezanosti med generacijami.« ter: »Ljudje pogrešajo urejeno družbo z zadovoljenimi materialnimi potrebami in vrednotami in jih moti krivica v družbi.«

Kar nekaj ljudi pa bi si želelo nazaj stare čase, saj menijo, da so takrat bolje živeli.

Najbolj zanimive izjave, ki so jih anketiranci navajali, so bile naslednje:

»Menim, da bi ljudje želeli več druženja. Včasih smo se dobivali v Krajevni skupnosti, se poveselili, danes pa tega žal ni več.«

»Starejši vidimo, da se mladi ne družijo. Nastajajo odtujeni tip družbe.«

»Želeli bi si več sožitja med ljudmi, da ne bi živeli vsak zase, da bi se več videvali.«

Spomnim se mnogo ljudi, ki sem jih sama anketirala. In velikokrat so ljudje potožili, da pogrešajo druženje, pristne človeške odnose. Tarnali so, da se danes drži vsak zase in da je veliko ljudi osamljenih. En gospod je potožil: »Niti v bližnjo gostilno preko ceste ne gremo več na klepet.«

Jože Ramovš v knjigi *Kakovostna starost* navaja: »Potreba po telesni medčloveški povezanosti z nekim svojim človekom je najbolj pereča nematerialna socialna potreba v starosti. Bogat in zdrav človek je lahko povsem na tleh, ker nima nikogar, pri katerem bi občutil, da ga jemlje resno kot človeka, da ga sprejema takšnega, kakršen je, da rad prisluhne njegovi besedi – pa naj je vesela ali žalostna, da ceni njegove življenjske izkušnje; skratka, da ga ima rad.« (Ramovš, 2003)

9. SKLEPNA SPOZNANJA

Glavna spoznanja analize podatkov o starosti prijaznem mestnem in podeželskem okolju iz raziskave *Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji, ki so stari 50 in več let*, so naslednja.

1. Na področju starosti prijaznega okolja so anketiranci v mestih in na podeželju izpostavljali podobne probleme in podobne vrednote. Slovenija je precej enakomerno urbanizirana – naša mesta niso zelo velika, podeželje pa ima večinoma primerljivo udobje bivanja kakor mesta. Drugi razlog za podobnost stališč meščanov in podeželanov pa je dejstvo, da so tudi v nekoliko večjih mestih ljudje osredotočeni na kakovost življenja v svoji soseski, kjer je njihova šola, zdravnik, trgovina, pošta, banka, cerkev, vsakdanji znanci ...
2. Najbolj izstopa podatek, da ljudje pogrešajo druženje. Ker sem pri tej raziskavi tudi sama veliko anketirala po različnih delih Slovenije, lahko potrdim tudi iz pripovedi ljudi ob anketiranju, da jim manjkajo druženja, družabnosti in družabni dogodki. Velikokrat so potarnali, da se ne poznajo s sosedi, da niso več tako povezani med seboj kot v preteklosti in da jim manjka občutek skupnosti. Poleg tega so izpostavili, da je starosti neprijazna osamljenost, katero izkusi veliko ljudi, se zlasti starejših. V preteklosti so se zlasti na podeželju ljudje zbirali ob raznih kmečkih opravilih. Iz analize podatkov in v praksi se kaže velika potreba po druženju v mestih in na podeželju. Razvoj v smeri starosti prijaznih mest in občin bo moral to področje posebej upoštevati.

3. Starejšim ljudem v Sloveniji zelo veliko pomeni bližina narave, da imajo mir in živijo v prijetnem okolju ter da imajo pomembne storitve v svojem okolju. V mestih so zelo dragoceni parki in druge zelene površine. Glede na to, da je Slovenija med prvimi v Evropi po gozdnatosti in da so naši gozdovi bujni, je ta potreba starejših ljudi tem bolj razumljiva. Mnoge naše vasi in mesta so ob pogledu iz zraka večje oaze.
4. Starejšim ljudem je zelo pomembna socialna mreža. Sami težko zmorejo opraviti vsa nujna opravila in so marsikdaj odvisni od tuje pomoči. Odločilna je pomoč sosedov in svojcev. Velikokrat so sosedje najpomembnejši, saj so blizu, zato lažje in hitreje priskočijo na pomoč starostniku. To dejstvo so ljudje kar pogosto omenjali kot eno izmed pomembnejših stvari, ki jim pomaga lažje in lepše živeti na stara leta. Za tkanje socialne mreže starejših lahko veliko pripomorejo lokalna društva, ki organizirajo razne prireditve, srečanja, izlete in druge aktivnosti, namenjene starejšim.
5. Med spoznanji izstopa tudi pripravljenost ljudi, da bi prispevali k dobrobiti svojega kraja. Pri tem pogosto povedo: *če bi vedeli, kako ali kar bi bilo potrebno*. Sami ne vedo, kaj in kako naj bi naredili. V njihovi pripravljenosti delati nekaj družbeno koristnega so pomembni potenciali za razvoj v smeri starosti prijaznih mest in občin.
6. Zlasti na podeželju pogrešajo javni prevoz.
7. Glede oskrbe v starostni onemoglosti si v primeru, da ne bi mogli živeti doma, najbolj želijo živeti v domu v svojem domačem kraju. Ta njihova želja je povsem v skladu s sodobnim evropskim razvojem, saj gradijo majhne domove po principu gospodinjstev skupin v krajevnih središčih; organizacijsko pa so številne take enote povezane v poslovno celoto.

LITERATURA

- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerantogogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija za znanosti in umetnosti.
- Ramovš Jože (2011). *Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji*. Predstavitev raziskave prebivalstva v Sloveniji, starega 50 let in več. V: *Kakovostna starost*, letnik 14, št. 2, str. 3-21.
- Voljč Božidar (2010). *Starosti prijazna Ljubljana: Izsledki raziskave 2008-2009*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Voljč Božidar, Ramovš Jože (2009). *Starosti prijazno mesto. Vademecum*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- SZO (2007). *Global Age-Friendly Cities. A Guide*. Geneva: WHO.
- SZO (2007). *Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*. Geneva: WHO Press <http://www.inst-antonatrstenjaka.si>

Kontaktne informacije:

Slavica Valenčak

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Resljeva 11, SI 1000 Ljubljana

E-naslov: valencak.slavica@gmail.com

Jože Ramovš

Uporaba računalnika pri 50 in več let starih prebivalcih Slovenije

POVZETEK

Članek vsebuje prvo analizo dveh komplementarnih raziskav. V prvem delu so prikazani podatki o uporabi računalnika in o potrebi po učenju le-tega, ki so bili zbrani leta 2010 v obsežni raziskavi o potrebah, možnostih in stališčih na reprezentativnem vzorcu prebivalstva Slovenije starega 50 in več let. Slovenija je računalniški pismenosti starejšega prebivalstva v zgornji polovici evropskih držav, po računalniški pismenosti starejših pa zelo zaostaja za njimi. V naši raziskavi izstopa podatek, da več kot 100.000 starajočih se ljudi v Sloveniji izraža željo in potrebo, da bi se naučili uporabljati računalnik. Dosegljivo možnost za to ima manjšina izmed njih. Drugi del članka analizira rezultate uspešnega akcijsko-raziskovalnega oblikovanja modela *medgeneracijskega družabništva srednješolca z upokojujencem ob učenju računalništva* oblikovali in preizkusili na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v preteklih petih letih. Izkazal se je kot stvarna možnost za hitro in množično računalniško opismenjevanje starejših. Obenem pa je odličen način za medsebojno spoznavanje med mlajšimi in starejšimi ter za uvajanje mladih v prostovoljstvo. Raziskovalna spoznanja v prvem in drugem delu članka torej komplementarno osvetljujejo današnjo potrebo po računalniški pismenosti starejših in odkrivajo stvarne možnosti za njeno rešitev.

Ključne besede: raziskava 50+, Slovenija, IKT, raba računalnika, medgeneracijsko družabništvo dijaka in upokojenca ob učenju rabe računalnika, medgeneracijska solidarnost, prostovoljstvo

***Avtor:** Dr. Jože Ramovš je socialni delavec in dr. antropologije. Zadnji dve desetletji dela predvsem na področju medgeneracijskega sožitja in gerontologije. V ospredju njegove znanstvene in akcijske pozornosti so zlasti: solidarno sožitje in komunikacija med mlado, srednjo in tretjo generacijo, osebna priprava na kakovostno staranje in družbena priprava na velik delež starega prebivalstva ter zasvojenosti in omame. Na teh področjih oblikuje in uvaja nove programe, ki temeljijo na antropohigieni – to je preventivni koncept vsakdanje samopomoči in solidarnosti, ki jo razvija na osnovi celostnega antropološkega pojmovanja človeka in metodike socialnega učenja v skupinah.*

ABSTRACT

The computer usage among Slovenians aged 50 years or more

The article includes first analysis of two complementary researches. The first part of the article presents information about the usage of the computer and the needs to gain the knowledge on how to use it. The data are part of the extensive survey The needs, standpoints and potentials of Slovenian population aged 50+. Regarding computer literacy, Slovenia is in the upper half of the European countries. However, the computer literacy of the elderly Slovenians is far below European average. Results show that there are over 100,000 elderly

people in Slovenia, who would like and have a need to learn how to use a computer, but only minority of them have this opportunity. The second part of the article is analysis of the results of a successful action-research model of intergenerational partnership between students and pensioners in the field of computer usage. This model was designed by Anton Trstenjak Institute of Gerontology and Intergenerational Relations in the past 5 years. It has been proven to be feasible alternative for rapid and large-scale computer literacy of elderly people. Additionally, it is an excellent way for students and elderly people to get to know each other, as well as for introducing youth in volunteering. The research findings in both, first and second part of the article highlight the current need for computer literacy of the elderly and present realistic alternatives for its solution.

Key words: research 50+, Slovenia, ICT, computer usage, intergenerational companionship between students and pensioners in the field of computer usage, intergenerational solidarity, voluntariness

Author: Dr. Jože Ramovš is an anthropologist and social worker. Since the last two decades he has been mainly working in the area of social gerontology. In the forefront of his scientific work are good intergenerational communication, personal preparation for quality ageing and social preparation for large share of old population, creation the new intergenerational programmes for quality ageing and good intergenerational relations. In these areas, he develops and introduces new programs based on anthropo-hygiene; this is the preventive concept of everyday self-help and solidarity, developed on the basis of an holistic anthropological conception of human and the methodology of social learning in groups.

1. UVOD

Vprašanje računalniške pismenosti vsega prebivalstva je v luči današnjega razvoja čedalje bolj pomembno. Ker mlajše generacije s tem nimajo težav, je odločilno, koliko starejši prebivalci Slovenije znajo uporabljati računalnik, koliko bi se tega radi naučili in koliko možnosti imajo za to. V naši obsežni raziskavi o potrebah, možnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, starih 50 in več let, ki smo jo opravili leta 2010/11 z osebnim terenskim anketiranjem reprezentativnega vzorca tega dela prebivalstva Slovenije (Ramovš, 2011), smo želeli poglobiti obstoječe statistične podatke o tem. Zato smo ljudem zastavili tudi nekaj vprašanj o njihovi rabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) ter o njihovem odnosu do nje. V tem članku bomo prikazali osnovne podatke o znanju uporabe računalnika in stališčih starejših do učenja le-tega.

Raziskovalne podatke o potrebah, možnostih in stališčih starejših ljudi v Sloveniji glede uporabe računalnika bomo kombinirali z analizo podatkov o uvajanju modela za množično računalniško opismenjevanje starejših. Na Inštitutu Antona Trstenjaka smo namreč v zadnjih petih letih oblikovali in preizkusili akcijsko-raziskovalno model *medgeneracijskega družabništva srednješolca z upokojevcem ob učenju računalništva* (Ramovš in Rant, 2011; Ramovš, 2011a). Pri tem se je pokazala stvarna možnost, da se večina starejših ljudi, ki to želi, računalniško opismeni v nekaj letih. Poleg osnovnega učinka bi dosega ta model tudi

stranskega, ki je prav tako pomemben za razvoj blaginje v Sloveniji: ob računalniškem opismenjevanju starejših ljudi se mlada in starejša generacija spoznavata in povezujeta med seboj ob dejavnosti, ki je za obe strani koristna. Model deluje na principu medgeneracijskega prostovoljstva.

2. E-PISMENOST STAREJŠIH PREBIVALCEV SLOVENIJE V LUČI DANAŠNJEGA RAZVOJA

Raba IKT v Sloveniji je v primerjavi z ostalim svetom dokaj na visoki ravni, negativna izjema pa so starejši.

Poročilo *World Economic Forum-a* (WEF) 2010-2011 o globalni konkurenčnosti uvršča Slovenijo med 139 državami po indeksu globalne konkurenčnosti v celoti na 45. mesto, na področju tehnološke razvitosti na 35. mesto, s 64,3 uporabniki interneta na 100 prebivalcev pa celo na 31. mesto (prim. Slovenija na 31. mestu, 2011). Slovenija je torej po e-pismenosti v zgornji četrtini na svetu.

Slovenska nacionalna statistika ugotavlja, da je v prvem četrletju 2011 imelo dostop do interneta 73 % gospodinjstev in da je v enem letu to število naraslo za 5 %. Najpogostejši razlog, da ljudje tega dostopa nimajo, je pomanjkljivo znanje. Najmanjši delež uporabnikov interneta je med starejšimi: od oseb, ki so stare med 55 in 74 let, ga uporablja redno le 29 %, medtem ko je med starimi od 65 do 74 let le dobrih 15 % takih, ki so že izvedli enostavnejše računalniške naloge, kot so uporaba iskalnika in kopiranje ali premikanje datotek (Černuta, 2011).

V Sloveniji smo glede uporabe storitev informacijske družbe v povprečju držav EU-27, izrazito pa zaostajamo za povprečjem po uporabi teh storitev med upokojenimi in neaktivnimi prebivalci (Slovenija 24 %, EU 40 %). Razvitost specifičnih e-kompetenc v Sloveniji je nad povprečjem EU, le starejši od 55 let zaostajajo v vseh pogledih in znižujejo primerjalni položaj Slovenije z EU. Starejši prebivalci Slovenije torej sodijo v prednostno skupino za neformalno izobraževanje na področju IKT (Prevodnik in Vehovar, 2011).

Informacije o raziskavah in številne druge informacije o rabi IKT v Sloveniji so dostopne na spletni strani RIS – Raba interneta v Sloveniji (www.ris.org). Tuje raziskave razbijajo stereotip, da starih ljudi ne zanima uporaba novih IKT. Njihovo osvajanje znanj za uporabo novih IKT se postopno veča (Lenarčič, 2005).

Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje smo že v prejšnjih raziskavah potreb, zmožnost in stališč starejših prebivalcev Slovenije spraševali tudi o uporabi IKT. Leta 2005 smo v terenski raziskavi reprezentativnega vzorca prebivalstva, starega 60 in več let, v občini Komenda ugotovili, da je imelo 14,8 % te skupine prebivalcev računalnik, dostop do storitev medmrežja pa 10,7 %, da je bilo pri uporabnikih računalnika njihova tedenska raba računalnika povprečno 6,43 ur, interneta pa 3,84 ur, in sicer za elektronsko pošto, iskanje različnih informacij, manj za izobraževanje in zelo malo za sodelovanje v forumih in klepetalnicah. Od tistih, ki niso uporabljali računalnika in storitev medmrežja, jih je izrazilo zanimanje za učenje njihove uporabe le 17,1 % (Lenarčič in Ramovš, 2006).

V nadaljevanju bomo prikazali tiste rezultate naše raziskave o potrebah zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, starih 50 in več let, ki se nanašajo na uporabo računalnika in na želje po učenju le-tega. Osnovno vprašanje o rabi računalnika se je glasilo: *Uporabljate računalnik?* Tabela 1 prikazuje odgovore, Sliki 1 in 2 pa starostno in izobrazbeno strukturo tistih, ki uporabljajo računalnik; računalniška pismenost seveda s starostjo naglo pada, z izobrazbo pa narašča.

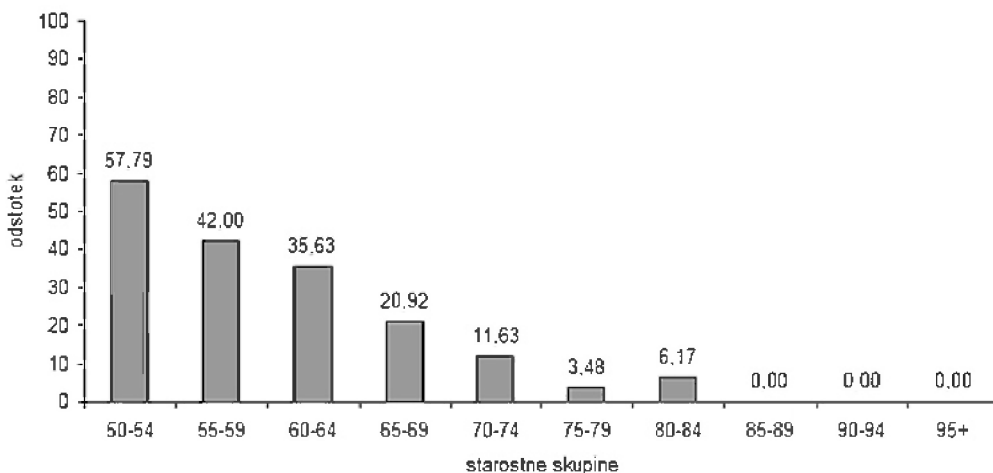
Tabela 1: Uporabljate računalnik?

	moški (f)	ženske (f)	skupaj (f)	moški (%)	ženske (%)	skupaj (%)
da	145	141	286	33,6	22,9	27,3
ne	286	468	754	66,2	76,1	72,0
brez odgovora	1	6	7	0,2	1,0	0,7
skupaj	432	615	1047	100,0	100,0	100,0

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

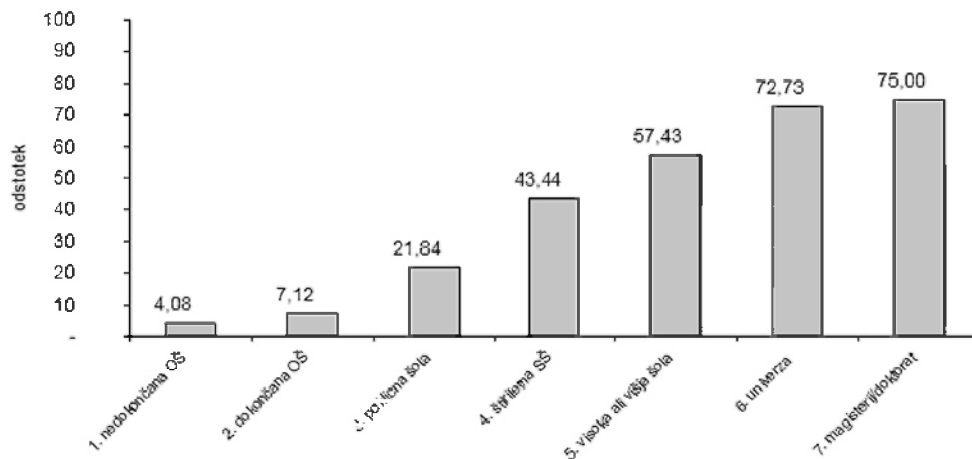
Če pogledamo starostno in izobrazbeno strukturo tistih (286 ali 27,3 %), ki uporabljajo računalnik, se pokaže pričakovana zakonitost, da delež uporabnikov s starostjo pada, z izobrazbo pa narašča; pri tem je treba upoštevati, da je v skupinah najstarejših in najbolj izobraženih zelo majhno število ljudi v anketiranem vzorcu.

Slika 1: Uporabniki računalnika po starostnih skupinah



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

Slika 2: Uporabniki računalnika po izobrazbi



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

Za tiste, ki uporabljajo računalnik, je sledilo vprašanje, koliko minut dnevno povprečno delajo na računalniku. Odgovorila je večina, čas je seveda zelo različen, tja do deset ur, povprečno pa dobri dve uri (123,66 minute dnevno). Prav tako so tisti, ki uporabljajo računalnik (286), večinoma odgovorili (272) na nadaljnje vprašanje, za kaj ga uporabljajo (Tabela 2).

Tabela 2: Računalnik uporabljam za naslednje namene?

	moški (f)	ženske (f)	skupaj (f)	moški (%)	ženske (%)	skupaj (%)
Za iskanje informacij na svetovnem spletu (internetu)	95	95	190	68,8	70,9	69,9
Za dopisovanje po e-pošti (doma ali v službi)	51	69	120	37,0	51,5	44,1
V službi za svoje službeno delo	51	51	102	37,0	38,1	37,5
Za razvedrilo, klepet v klepetalnicah, sodelovanje v forumih	46	44	90	33,3	32,8	33,1
Doma za delovno, osebno, strokovno in drugo dopisovanje	45	35	80	32,6	26,1	29,4
Drugo – vpiši kaj	17	17	34	12,3	12,7	12,5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

Pri *drugo* (12,3 %, to je 34 ljudi) so v odgovorih navedli, da uporabljajo računalnik na naslednje namene:

- skoraj polovica za poslovanje (plačevanje položnic in druge bančne dejavnosti, knjižnica, delo za svoje društvo);
- tretjina za razvedrilo in hobije (igrice in igre, posebej karte in šah, za fotografijo, lovstvo in druge hobije),
- desetina za ustvarjanje in učenje (pisanje pesmi, slikanje, učenje),
- tudi tukaj je kak posameznik poudaril, da ima računalnik in ga zna uporabljati, toda »deset let v službi mi je računalnik prerasel čez glavo, da ga ne moram več uporabljati«.

Tiste, ki ne uporabljajo računalnika (754, to je 72 %), smo vprašali tudi, če bi se ga želeli naučiti uporabljati; odgovori so naslednji (Tabela 3).

Tabela 3: Bi se želeli naučiti uporabljati računalnik?

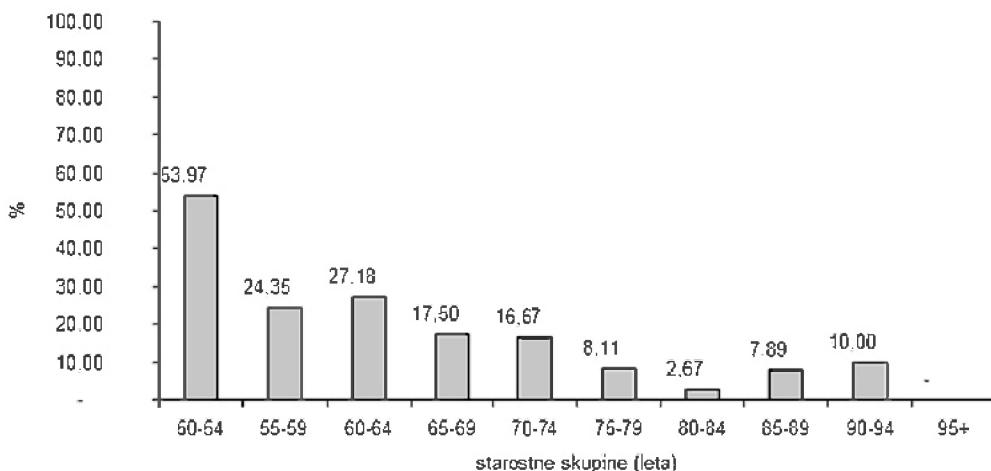
	moški (f)	ženske (f)	skupaj (f)	moški (%)	ženske (%)	skupaj (%)
da	51	94	145	17,8	20,1	19,3
ne	203	334	537	71,0	71,4	71,2
ni odgovorilo	32	40	72	11,2	8,5	9,5
Skupaj	286	468	754	100	100	100

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

Starostna in izobrazbena strukturo teh, ki bi se želeli naučiti rabe računalnika, kaže podobne zakonitosti kot pri računalniški pismenosti (glej Sliki 4 in 5); upoštevati je treba, da je izmed 754 anketirancev, ki ne uporabljajo računalnika, na vprašanje, če bi se želeli tega naučiti, 682 anketirancev odgovorilo, 72 pa ne. Na Slikah 4 in 5 so zaradi večje nazornosti upoštevani podatki 682 oseb, ki so na to vprašanje odgovorile, stolpiči pa prikazujejo samo relativne deleže tistih, ki so odgovorili pritrdilno (145 anketirancev).

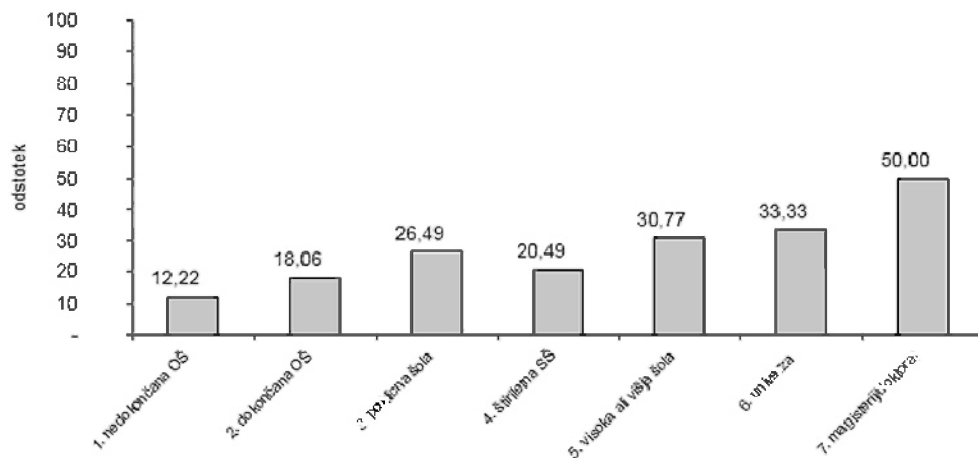
Želja po učenju rabe računalnika je najbolj živa pri populaciji, stari od 50 do 54 let. Tudi tukaj je treba upoštevati, da je v skupinah najstarejših in najbolj izobraženih zelo majhno število ljudi. Zanimiva pa je primerjava s prej navedenimi podatki iz raziskave prebivalcev, starih 60 in več let v Komendi: delež tistih, ki se želijo naučiti računalnika, je pri obeh raziskavah podoben; v naši je pri tistih, ki so stari 60 in več let, želja po učenju rabe računalnika prisotna le pri 14,4 %, kar pomeni, da je sedaj za vso Slovenijo odstotek malo nižji, kot je bil tedaj v Občini Komenda (17,1%).

Slika 4: Starostna struktura tistih, ki bi se želeli naučiti uporabljati računalnik



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, n = 1047

Slika 5: Izobrazbena struktura tistih, ki bi se želeli naučiti uporabljati računalnik



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, $n = 1047$

Za računalniško opismenjevanje starejših je odločilno vprašanje, zakaj si tisti, ki se trenutno ne želijo naučiti uporabljati računalnik, tega ne želijo. Njihovi odgovori so pomembni, če hočemo poleg tistih starejših, ki se želijo naučiti rabe računalnika, motivirati za to tudi tiste, ki trenutno tega nočejo. V naši raziskavi je bilo takšnih 537 in na naše odprto vprašanje, zakaj se ne želijo naučiti uporabljati računalnik, jih je odgovorilo kar 494; nekateri so napisali več razlogov. Vse njihove odgovore smo razporedili v naslednje vsebinske skupine (Tabela 4).

Tabela 4: Zakaj si NE želite naučiti uporabljati računalnik?

	Okvirno število odgovorov	Okvirni delež odgovorov
Nimam potrebe, ne rabim, ni koristi od tega ...	156	32 %
Sem prestar, prepozno je zame, sem iz prejšnjih časov, če se nisem naučil do zdaj, se tudi v prihodnje ne bom ...	133	27 %
Me ne veseli, me ne zanima, nimam za to volje, interesa, želje, nočem ...	116	23 %
To je pretežko zame, ne bi zmoget, me je strah, da bi kaj pokvaril, preveč pozabljam, to ni zame ...	47	10 %
Ne morem zaradi slabega vida ali druge bolezni	35	7 %
Čas za druge stvari mi je pomembnejši, ni časa, dovolj je drugega, raje imam osebne stike ...	19	4 %
Znam, pa računalnika nočem uporabljati, mi ga ni potrebno uporabljati ipd. ...	18	4 %
Ni možnosti, ne morem kupiti računalnika ...	11	2 %
Dovolj je, da v družini eden obvlada računalnik, vse potrebno naredi žena, vnuk ...	10	2 %
Ker računalnik človeka zasvoji, je droga, potem bi ves čas visel na njem ...	7	1,4 %
Drugo (ne vem, žal mi je, da nisem šel prej na tečaj, ker sem v pokoju, ker škodi očem, ko bo nujno, se bom naučil ...)	13	2,6 %

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, $n = 1047$

Ker je bila naša raziskava prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let, izvedena na reprezentativnem vzorcu in je anketiranje potekalo na terenu osebno po najstrožjih kriterijih, lahko za ilustracijo njene rezultate uporabimo za orientacijo o stanju, potrebah in možnostih računalniške pismenosti med prebivalci te starosti – **v Sloveniji je to skoraj 750.000 ljudi**. Pri tem dobimo naslednjo sliko.

- **Dobra četrtnina prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let, uporablja računalnik** – to pomeni nekaj **nad 200.000**. Uporabljajo ga za iskanje informacij po svetovnem spletu (blizu 140.000), za dopisovanje po e-pošti doma ali v službi (kakih 86.000), za službeno delo (kakih 73.000), za razvedrilo, klepet v klepetalnicah in sodelovanje v forumih (kakih 65.000), sorazmerno malo (kakih 12.000) za finančno poslovanje; pomembna pa je tudi tista manjšina (po nekaj tisoč ljudi te generacije), ki uporablja računalnik za učenje in ustvarjanje.
- Slabe tri četrtine te populacije ali **okrog 540.000 ne uporablja računalnika**.
- Od teh bi se petina, kar znaša **kakih 105.000, rada takoj naučila uporabljati računalnik**. Če hočemo torej v naslednjih letih preiti na sodobni način e-poslovanja, je naloga Vlade RS takoj poskrbeti za stvarno možnost, da se najprej tega naučijo ti, ki to želijo. To je velika naloga. Vzporedno z njo mora potekati informiranje večine ostalih ljudi te starosti, ki se računalnika ne želijo naučiti – dobra informacija je namreč najboljša motivacija, zlasti če poteka po metodi socialnega učenja iz prakse za prakso ob živem zgledu številnih vrstnikov, ki uspešno osvajajo večino računalniške pismenosti.
- Skoraj tri četrtine slovenskih 50-letnikov in starejših, ki računalnika ne zna uporabljati, se tega **ne želi naučiti – to pomeni približno 385.000 ljudi**. Da ta množica državljanov ne bo do konca življenja odrezana od informacij in sodobnega javnega e-poslovanja, je pomembno vedeti za razloge njihovega odklonilnega stališča. Stroka in politika bosta lahko našli načine za premagovanje ovir, da bi vsaj del teh ljudi spremenil stališče v smeri pripravljenosti za e-opismenjevanje.
- Poleg 105.000 starajočih se ljudi, ki se želijo naučiti rabe računalnika, in onih 385.000, ki se ne želijo, je **kakih 50.000 takih, ki niso odgovorili**, ali bi se rabe računalnika želeli naučiti ali ne. Zanje ne vemo, ali sodijo bolj v prvo ali v drugo skupino, verjetno pa del teh ljudi povečuje število tistih, ki bi se želeli naučiti računalnika, del njih pa sodi med one, ki tega ne želijo.
- **Analiza odklonilnih stališč za učenje uporabe računalnika kaže**, da skoraj tretjina od njih (kar pomeni več kot 110.000 ljudi v Sloveniji, ki so stari 50 in več let) ne čuti potrebe po tem učenju ali koristi od njega – ti bi morda spremenili stališče, če bi uvideli stvarno korist in začutili potrebo. Na drugem mestu navajajo kot odklonilni razlog svoje občutke nemoči, da so prestari in bi se ne mogli naučiti uporabe računalnika (takih je blizu 100.000) – med njimi bi verjetno nekateri spremenili stališče, ko bi npr. ob dobri izkušnji vrstnika, ki ga cenijo, praktično doživeli, da je to v njihovi starosti in situaciji mogoče. Sledi še vedno zelo velika skupina več kot 80.000 ljudi, ki pravijo, da jih to ne veseli, ne zanima, nimajo za to volje, interesa, želje, da tega nočejo – to je trenutno njihovo notranje osebno stališče, kar pa ne pomeni, da se ne bo spremenilo ali da ni mogoče v državi in civilni družbi ustvariti ugodnejših razmer za voljo do učenja računalništva pri teh ljudeh. Okrog 35.000 slovenskih prebivalcev, starih 50 in več let,

odklanja učenje računalnika, ker doživljajo, da tega ne zmorejo zaradi duševnih razlogov (je zanje pretežno, jih je strah, preveč pozabljajo ...), kakih 25.000 pa zaradi telesnih bolezni (vid ...); izkušnje kažejo, da so duševne ovire sorazmerno lahko premagljive s socialnim učenjem v skupini. Razlogi manjših skupin, kot so našete, sodijo verjetno v precejšnji meri med tipične stereotype, pravijo npr., da nimajo za to časa ali jim je čas za druge stvari pomembnejši (takih je verjetno blizu 15.000), da računalnik znajo uporabljati, pa tega nočejo, ker so se ga zasitili v službi ali pa jim ni potrebno (tudi teh je verjetno skoraj 15.000), da nimamo denarja za nakup računalnika ali nimajo drugih stvarnih možnosti za učenje (kakih 7.000), da je dovolj, ker v družini računalnik obvlada žena, vnuk ali kdo drug (kakih 7.000). Kakih 5.000 meni, da je uporaba računalnika »droga«, ki zasvoji, kak tisoč ali dva pa je takih, ki jim je žal, da se tega niso naučili, oz. da se bodo, če in ko bo treba.

V Sloveniji potekajo različna plačljiva in brezplačna izobraževanja odraslih in starejših za uporabo IKT. Učni servisi s tržno ponudbo ali z denarjem EU in slovenskih razpisov računalniško opismenijo morda nekaj odstotkov starejših. Zavod Ypsilon je organiziral projekt *Simbioza@ e-pismena Slovenija* (<http://simbioza.eu>), v katerem je bil teden sredi oktobra 2011 posvečen aktiviranju mladih za približevanje računalnika starejšim s ciljem, da se naučijo rabe računalnika, e-pošte in interneta. V oktobru 2012 bodo prostovoljsko akcijo ponovili. Ta projekt je imel veliko vrednost zlasti za ozaveščanje ljudi, da je starejšim treba medgeneracijsko pomagati pri uvajanju v računalniško pismenost. V nadaljevanju bomo prikazali raziskovalne podatke, ki smo jih zbirali ob razvijanju modela za množično računalniško opismenjevanje starejših na principu medgeneracijskega prostovoljstva.

URESNIČJIV MODEL ZA MNOŽIČNO E-OPISMENJEVANJE STAREJŠIH LJUDI

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (www.inst-antonatrstenjaka.si) že dve desetletji razvija socialno mrežo inovativnih programov za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami (Ramovš, 2003, str. 329-364). Med temi programi so posebej uveljavljene medgeneracijske skupine za kakovostno staranje in osebno medgeneracijsko družabništvo na osnovi prostovoljstva (Ramovš, 2007). Za osebno medgeneracijsko družabništvo in vodenje tedenskih skupin za starejše smo usposobili več tisoč prostovoljcev vsch generacij, ki so organizirani v krajevnih medgeneracijskih društvih po številnih krajih Slovenije.

Na osnovi dobrih izkušenj z usposabljanjem in organiziranjem medgeneracijskega prostovoljstva smo v šolskem letu 2007/08 začeli razvijati model *družabništvo dijakov z upokojenci ob učenju računalništva*. Poleg zgoraj navedene dobre izkušnje smo pri oblikovanju modela izhajali še iz treh predpostavk:

- iz današnje akutne potrebe, da se upokojenci naučijo rabe računalnika,
- iz dejstva, da mladi dobro obvladajo večšine rabe računalnika,
- iz današnje nujne po praktični krepitvi medgeneracijskega sožitja in solidarnosti ob konkretnih dejavnostih, ki tako mladi kot starejši generaciji prinašajo dobre učinke.

Mladi in starejši se danes v vsakdanjem življenju tako malo družijo, da se slabo poznajo, ne znajo med seboj komunicirati ter so pod nezavednim vplivom predsodkov in stereotipov – mladi glede starih ljudi, ti pa nič manj glede današnje mladine. Že ko smo v 90. letih razvijali model prostovoljskega druženja odraščajoče mladine s starejšimi, so nam kolegi iz drugih evropskih držav, kjer so skušali v prostovoljskih programih povezovati dijake in upokoјence, dejali, da tako povezovanje kaj hitro še poveča predsodke in medsebojno odboјnost med mladimi in starejšimi. Medgeneracijsko nezaupanje in težave v komuniciranju so stvaren problem, potrjuje ga vsakdanja izkušnja in raziskave o medsebojnem doživljanju mladih in starejših ljudi (Končan, 2010; Ramovš in Slana, 2010).

Zato smo razvoj prostovoljskega modela *družabništvo dijakov z upokoјenci ob učenju računalništva* zastavili tako, da dijake in upokoјence pred začetkom druženja usposobimo za boljše medsebojno razumevanje in komuniciranje. Pri tem uporabljamo metodo skupinskega socialnega učenja, ki gradi na dobrih izkušnjah – lastnih in drugih v skupini, preteklih in tistih, ki jih člani učne skupine pridobivajo sproti s primernimi dejavnostmi. Tečaj priprave za *družabništvo dijaka z upokoјencem ob učenju računalništva* poteka na dveh srečanjih po tri ure v ločenih skupinah za kakih deset upokoјencev in za podobno število dijakov, ki so se odločili za druženje. Dijaki v svoji skupini spoznajo značilnosti tretjega življenjskega obdobja, se učijo veččin za lep pogovor s starejšim človekom, seznanijo pa se tudi z nekaj dodatnimi tehnikami in pripomočki za uspešno posredovanje računalniškega znanja starejšim. Upokoјenci se učijo razumeti današnje mladostnike, uspešnega komuniciranja z njimi, obenem pa izgubijo nekaj strahu pred računalnikom in pred svojimi prihodnjimi mladimi učitelji. Tretje učno srečanje je skupno za obe skupini. Na njem se po primerni psihodramski metodi oblikujejo stalni učni pari za prostovoljsko druženje ob učenju računalništva skozi vse šolsko leto, pari se med seboj seznanijo in vsak par se dogovori vse potrebno za začetek učenja rabe računalnika.

Ker smo model *družabništva dijakov z upokoјenci ob učenju računalništva* razvijali kot razvojni projekt po akcijsko-raziskovalni metodi, smo sistematično vse od začetka spremljali izkušnje dijakov in starejših. Izkušnje dijakov in starejših z začetnim usposabljanjem za medgeneracijsko druženje ob učenju računalništva so podobne. Oboji imajo o tečaju pozitivno mnenje. Njihove pisne odzive na ta pripravljani tečaj za medgeneracijsko druženje lahko razporedimo v tri skupine.

- **Tečaj priprave za druženje je potreben:** *Tečaj je bil primeren in potreben, saj smo tako spoznali osnove komunikacije s starejšimi. – Bil mi je všeč, mislim, da smo izvedeli vse potrebno za druženje.*
- **Tečaj priprave na druženje je koristen:** *Priprava je bila zanimiva. Bila sem navdušena. – Tečaj je bil pester, zanimiv. Posebej so mi bili všeč konkretni napotki za učenje starejših. – ... zelo koristen, saj smo se na njem naučili bistvene stvari.*
- **Tečaj jim je bil prijeten:** *Tečaj je bil v redu, na njem je bilo zabavno in sproščeno. – Na spoznavnem srečanju sva z dijakinjo Urško kar 'padli' skupaj. Najprej je povedala, da mi je ime enako kot njeni babici.*

Za uspešno celoletno druženje ob učenju rabe računalnika je torej treba usposobiti tako mlade kot upokoјence. In sicer tako, da se mladi znebijo stereotipov pred starejšim in obratno, da se oboji naučijo osnov za uspešno medgeneracijsko komuniciranje, da se

mlajši naučijo nekaterih pomembnih metodičnih poudarkov za pouk starejšega človeka v računalništvu, starejši pa se znebijo strahu pred druženjem z neznanim mladim človekom ob učenju računalništva. Na koncu tega kratkega tečaja jim je treba z ustrezno psihosocialno metodo (J. Moreno) pomagati, da se razdelijo v družabniške pare tako, da se bodo ujemali pri druženju po interesih in značaju.

Model *družabništva dijakov z upokojenci ob učenju računalništva* je Inštitut razvijal v sodelovanju z Gimnazijo Bežigrad v Ljubljani, pridružila se je tudi Gimnazija Ledina v Ljubljani, gimnazija AMS Maribor in nekatere druge srednje šole. Za uvedbo programa je bistvena odločitev vodstva šole in dobro sodelovanje z Inštitutom. Program v vsaki šoli skozi vse leto vodi njihov svetovalni delavec, na Inštitutu pa koordinator. V sodelovanju rešujeta vsa vprašanja in morebitne težave. O možnosti vključitve informirajo dijake na njihovih šolah. Zbranim kandidatom pride Inštitut predstaviti program. V programu so sodelovali največkrat dijaki tretjega letnika. Upokojenec, ki se želi na ta način naučiti rabe računalnika, zbere krajevno društvo upokojencev, s katerim Inštitut sodeluje podobno kakor z gimnazijo. Del upokojencev se je na Inštitut prijavil sam, ker so od drugih izvedeli za to možnost.

Raziskovalno smo spremljali in analizirali tudi motivacijo dijakov in upokojencev za vključitev v ta program. Odločitve dijakov lahko razvrstimo v naslednje skupine.

- 1. Mikavna ponudba v šolskem sistemu:** *Bila je priložnost, ki so nam jo ponudili na izbiro in mi ni žal, da sem se javila. – Odločila sem se zaradi radovednosti. Za medgeneracijsko druženje ob računalništvu sem slišala od šolske psihologinje in od sošolcev. V programu mednarodne mature imamo tudi obvezno prostovoljstvo. Prejšnje leto sem bila prostovoljka v vrtcu, letos sem se odločila za starejše, za nekaj novega, kar je poučevanje računalništva starejših res tudi bilo. – Ko sem razmišljal o možnostih prostovoljskega dela, se mi je zdelo to še najbolj zanimivo.*
- 2. Dobra izkušnja drugih ali od prej:** *Odločil sem se zato, ker sem v tem projektu sodeloval že lansko leto in mi je bilo všeč. – Na podobnem družabništvu ob učenju računalništva sta bila tudi moja babica in dedek in sta od tam prinesla dobre izkušnje.*
- 3. Osebna socialna usmerjenost:** *Odločil sem se, ker rad pomagam ljudem in širim svoje znanje naprej. – ... ker se mi zdi, da s starejšimi dobro shajam in ker sem bila prepričana, da me bo notranje obogatilo. – Ta ideja mi je všeč in se mi zdi super, da imajo starejši voljo do učenja nečesa novega.*
- 4. Naložba za prihodnost:** *Ta izkušnja mi bo pomagala tudi pri pisanju CV-ja. – Zdi se mi, da se lahko preko druženja s starejšim, ki ga prej nisi poznal, precej naučiš. To učenje mi je bilo izziv.*
- 5. Ukaz:** *Za to družabništvo sem izvedela zaradi kazni v šoli in mi ni žal, da sem se vključila.*

Njihove izjave kažejo, da se odločajo iz zelo različnih razlogov. Njihovi uspehi pri doseganju ciljev tega programa pa se ne razlikujejo bistveno. Vsi jih dosežejo v nepričakovano visoki meri, tudi tisti, ki so »dobili« ta program kot kazen v svoji šoli zaradi kake kršitve šolskih pravil – tak prostovoljec se je zelo dobro izkazal.

Odločilna motivacija starejših za učenje rabe računalnika je v vsakem primeru njihova želja ali potreba, da bi obvladali rabo računalnika ali nadgraditi svoje računalniško znanje. Razlogi, da so se odločili prav za program učenja ob prostovoljskem družabništvu z mladim človekom, pa lahko razvrstimo v dve skupini.

1. Dostopna javna informacija: *Za ta tečaj sem izvedela na Inštitutu. Od leta 2003, ko sem se upokojila, nisem več delala na računalniku. Zato sem rabila tečaj, da sem obnovila spomin in se naučila novih programov. – Za navedeno družabništvo sem se odločila, ko sem dobila informacijo, da ga vaš Inštitut organizira. Takšno sodelovanje sem vedno smatrala za dragoceno in koristno za obe generaciji. – Za to možnost sem zvedela na Festivalu za tretje življenjsko obdobje.*

2. Osebnna informacija: *Dobila sem informacije od osebe, ki je že obiskovala tečaj in bila zadovoljna. – Odločila sem se skupaj s prijateljico.*

Oblikovani družabniški učni pari dijaka in upokojenca se srečujejo praviloma enkrat tedensko za dobro uro. Nekateri se srečujejo v računalniški učilnici gimnazije, pri čemer je dodatna vrednost prisotnost starejših v šolskem okolju mladih. Nekaj parov vadi v inštitutski učilnici, nekateri pari pa se učijo na domu starejšega človeka, zlasti v primerih, ko ima ta svoj računalnik.

Koordinator programa z Inštituta ali svetovalni delavec šole obišče vsak družabniški par pri učenju vsaj enkrat. Po nekaj mesecih dela je na Inštitutu ali na šoli skupinsko intervizijsko srečanje, ločeno za mlade in za upokojence. Na koncu vsakega šolskega leta je praznična prireditev na šoli. Na njej se zberejo družabniški pari dijakov in upokojencev, ravnatelj, razredniki, svetovalni delavec in, če je možno, tudi drugi dijaki šole ter predstavniki Inštituta. Starejši in dijaki povedo svoje izkušnje, eni in drugi prejmejo spominsko diplomo za to prostovoljsko druženje, dijaki dobijo v zahvalo zmogljive računalniške ključe, za katere zberejo denar njihovi »učenci«. Vsi izpolnijo tudi anonimno anketo, v kateri opišejo svoje izkušnje, težave in predloge.

V okviru akcijsko-razvojnega projekta se je ta način družilo in učilo rabe računalnika blizu sto družabniških parov. Vsak dijak je v enem šolskem letu uspešno naučil svojega upokojenega »učenca« rabe računalništva: pisanja, rabe spleta in e-pošte. Odločilen poudarek je, da so tako dijaki kot upokojenci drug drugemu prostovoljci, ker oboji drug drugemu solidarno dajejo: dijaki starejšim znanje računalništva in pristno dobro izkušnjo današnjih mladih ljudi, upokojenci dijakom priložnost za uspešno vadbo vloge učitelja in dobro izkušnjo starejših ljudi; seveda s tem tudi oboji drug od drugega dobivajo. Oboji v evalvacijah ob koncu leta poudarjajo, da jim je najbolj dragocena izkušnja lepega medgeneracijskega odnosa ob obojestransko koristnem delu. Pri izvajanju tega programa mora nujno sodelovati tudi srednja generacija, da mlajše in starejše poveže, usposobi za uspešno sodelovanje ter z »mehkim«, oddaljenim, toda metodično učinkovitim mentorstvom vodi program. To vlogo opravljata zlasti koordinator programa z Inštituta in svetovalni delavec šole.

Analiza končnih izkušenj dijakov in upokojencev ob koncu vsakega šolskega leta je pokazala, da sta v enem letu v visoki meri dosežena oba glavna cilja *družabništvo dijakov z upokojenci ob učenju računalništva*: 1. dijak nauči upokojenca rabe računalništva, 2. obe strani doživita lep medgeneracijski odnos.

Izkušnje dijakov so navdušujoče pozitivne. Poudarjali so, da so si s poučevanjem in druženjem s starejšimi pridobili dobro izkušnjo, ki jih je obogatila in jim prinesla nove poglede na tretjo generacijo. Pridobili so zavest, da znajo svoje znanje posredovati tudi starejšim od sebe. Z zanimanjem so prisluhnili marsikateri življenjski izkušnji svojih starejših »učencev«

in se tako učili drug od drugega. Navajamo nekaj njihovi izkušenj, ki smo jih razvrstili v štiri skupine pod naslednjimi ključnimi besedami.

1. **Uspešno:** *Z gospo sva se lepo razumeli in naučila se je osnov uporabe računalnika. – Od gospe sem dobila veliko nasvetov in izkušenj. – Najbolj mi je bilo všeč, da sem spoznal tako zanimivo osebo in se veliko naučil od nje. Vesel sem, da nama je uspelo rešiti vsak računalniški problem, čeprav niso bili vsi tako lahki. – Všeč mi je bilo, da sem vzpostavila dober odnos s starejšo osebo, se naučila govoriti počasi, poslušati in biti potrpežljiva.*
2. **Prijetno:** *Na to druženje imam lepe in pozitivne spomine. – Zelo sem uživala v medgeneracijskem druženju, z gospo sva si delili veliko izkušenj. – Samo druženje sem doživljal kot prijetno, ni bila le ena od obveznosti, za 'učenko' me je dejansko skrbelo. – Druženje je bilo prijetno. Vsakič znova je bil izziv najti nove zanimive teme, orodja na računalniku in internetu. Ves čas druženja sem zelo užival. – Najbolj mi je bilo všeč, ko je nekdo od naju odkril nekaj novega: računalniški program ali pa kak nasvet od starejše učenke.*
3. **Koristno:** *Zanimivo je opazovati proces učenja obeh strani, mislim pa, da bi mi šlo poučevanje drugič še boljše, saj sem pridobila nekaj izkušenj in idej, kako bi stvari bolje predstavila. – Medgeneracijsko druženje samo me je obogatilo in ga štejem med eno od svojih izkušenj, ki bi jo z veseljem ponovila. – Srečanja so bila krasna, veliko sem jo naučil in ogromno sem se naučil sam. – Všeč mi je bilo, ko sva se z učenko poleg opazovanja delovanja računalniškega sistema pogovarjali o vseh mogočih stvareh, od filozofije do kuhanja. – Najbolj koristno se mi zdi, da celotno druženje usmerjata sama učenec in učitelj. – Naučil sem biti bolj potrpežljiv. – Všeč mi je bilo druženje z gospo, s katero sva navezali prav poseben stik. Ko sem ji pomagala, sem se notranje obogatila. Všeč mi je bilo, ker je gospa stvari hitro dojemala. Ob učenju računalniškega znanja sem veliko stvari ponovila tudi jaz. – Všeč mi je bilo, da sem spoznala drugo plat starejših, ki je še boljša od prve. Koristno je, da sem tudi sama ob srečanjih postala bolj potrpežljiva in se spodbujala k novim odkritjem v računalniku. – Spoznanje življenja starejših. Želela sem si, da bi bila tako kot ona, tudi sama tako aktivna v starejših letih. Koristna je bila priprava na to družabništvo, saj sem se zavedla, da lahko gre pri odnosu tudi kaj narobe. Nisem pričakovala odnosa brez težav. Mislila sem, da se ne bova tako ujeli in bila sem pozitivno presenečena. – Najbolj koristno se mi je zdelo, da sem namesto zapravljanja časa, vsaj eno uro na teden počela nekaj, kar je koristilo nekomu drugemu in meni. Všeč mi je, da sem izkusila, kako je biti učiteljica.*
4. **Težave:** *Škoda je samo, ker je gospa zbolela in se nisva naučili vseh stvari.*

Tudi starejši so zelo zadovoljni z učenjem rabe računalnika, nič manj pa niso navdušeni nad druženjem z mlajšo generacijo. Predvsem jim je bil všeč individualni pristop, kjer so imeli mladega učitelja samo zase. Nekaj njihovih izjav razvrščamo po podobnih geslih, kakor smo prej izjave mladih.

1. **Uspešno:** *Proti pričakovanju odlično! Zasluga gre predvsem velikemu znanju mentorice. – Odlična izkušnja! Veliko sem se naučila in sem zelo hvaležna moji učiteljici računalništva in Inštitutu, ki to šolo organizira. – Najbolj me je zanimalo, kako se uporablja Skype, prenašanje fotografij na računalnik in delo z e-pošto. – Izvedela sem tisto, kar me je zanimalo. Ne rabim pa računalništva za delo. Rabim ga samo za zabavo. – Všeč mi je bil individualni pristop. Učitelj mi je izpolnjeval želje in mi širil obzorje. V meni je prebudil sposobnosti, za katere še sama nisem vedela, da jih imam. Posebej dobro, razumljivo, mi je predstavil*

računalnik. Dobila sem drugačen pogled na to zadevo. Veliko sem se naučila, ker ima učitelj izredno sposobnost podajanja znanja in dela s človekom.

2. **Prijetno:** Vsi stiki so bili zelo prijetni in moram reči, da sem zadovoljna in prijetno mi je bilo. Bilo je odlično. Imela sem prijetnega predvsem pa zelo pametnega učitelja. – Imela sem se lepo in uživala v družbi z mlajšim človekom. – Všeč mi je bil način učiteljice: vedno je bila pripravljena in znala mi je s potrpljenjem osvojiti snov. Želela bi z njo nadaljevati učenje. – Druženje je potekalo zelo lepo. Naučila sem se veliko novih stvari v zvezi z računalništvom, prav tako sem izvedela marsikaj zanimivega iz življenja mladih. Moja družabnica je polna znanja, ki zanima tudi mene.
3. **Koristno:** Z mojo dijakinjo sva se tudi veliko pogovarjali. – Ker že poznam nekaj računalnika, mi je bilo všeč to, da me je naučila, kako iskati in si pomagati v danih situacijah in kaj vse zmore računalnik. – Meni je bilo še posebno všeč, da sem se osebno pripravila na srečanja: osredotočila sem se na sogovornika in na temo razgovora. Saj opažam, da se »nagibam« na raztresenost, kratkotrajno pozornost in slabo koncentracijo. Srečanja so bila tudi s tega zornega kota zanimiva izkušnja, izziv, trening samodiscipline in komunikacije. – Izvedela mnogo novosti in predvsem sproščeno komunicirala z mlajšo generacijo. Urejenost in umirjenost tega mladega človeka pri druženju z menoj je prispevala k moji boljši samopodobi in delno tudi k napredku pri mojem zdravljenju.

Negativnih odzivov ni bilo niti pri dijakih niti pri upokojevcih, čeprav smo jih vprašali, česa so pogrešali ali kaj jim ni ustrezalo. Razlogi so verjetno, ker so bili na medgeneracijsko druženje ob učenju rabe računalnika pripravljene v začetnem seminarju in ker med letom sprti rešujejo težave z mentorjem in svetovalnim delavcem.

Model družabništva dijakov z upokojevcimi ob učenju računalništva omogoča množično računalniško opismenjevanje starejših ljudi. Pri tem je odločilno dvoje. Prvo – učenje mora biti osebno: en starejši človek in en dijak. In drugo – par mora biti dobro izbran, nato pa stabilen, da učenje poteka tedensko skozi vse šolsko leto; kratkotrajno druženje ni učinkovito niti za učenje računalništva niti za izboljšanje medgeneracijskih odnosov med mladimi in starejšimi.

Ob računalniškem opismenjevanju starejših se v tem programu prav tako uspešno dosega druga, nič manj potrebna današnja vrednota: medgeneracijsko spoznavanje, lep odnos med generacijami in krepitev medgeneracijske solidarnosti. Dijak in upokojenec se spoznata in povežeta ob delu, ki je za oba koristno: starejši se nauči danes tako potrebne veščine uporabe računalnika, dijak začne osvajati pomembno življenjsko veščino poučevanja drugega v nečem, kar zna in drugi potrebuje. Ob tem pa drug od drugega spontano dobivata marsikatero življenjsko izkušnjo in doživetje, generacijski predsodki in stereotipi izginejo spontano. Mladi spoznajo staranje in starejšega človeka v pozitivni luči, starejši preko svojega mladega učitelja računalništva današnje mlade. Ta program je uspešen način za krepitev medgeneracijske solidarnosti in za širjenje kakovostnega medgeneracijskega prostovoljstva.

Model prostovoljskega družabništva dijakov z upokojevcimi ob učenju računalništva potrebuje sorazmerno malo finančnega vlaganja, zahteva pa kakovostno vodenje in organizacijo. V preteklih letih smo ga tako razvili, da ga lahko uspešno uporabita slovensko šolstvo in upokojske organizacije. Če bo dobro voden, bodo v nekaj letih usposobljeni za uporabo računalnika vsi naši upokojevcimi, ki to želijo. Slovenija bi s tem dosegla vrhunski evropski uspeh pri računalniškem opismenjevanju tretje generacije, kar je prednostni cilj EU. Velik del

mlade generacije bi dobil v času srednje šole dobro izkušnjo osebnega sodelovanja s starejšo generacijo, enako število starejših pa z mladimi. In še tretji morda najbolj pomemben rezultat: nekaj tisoč učiteljev bi doživelo dobro izkušnjo, da je mlade, ki imajo vse podatkovno znanje na svetovnem spletu, pomembneje opremiti z učinkovitimi socialnimi veščinami sožitja in sodelovanja kakor samo z znanjem. Prepričani smo, da je te dobre rezultate možno doseči z igrivim enoletnim programom pod geslom: *V času srednje šole bom naučil enega upokojenca v svojem okolju uporabljati računalnik!*

SKLEPNA SPOZNANJA

Prebivalstvo Slovenije se naglo stara, v družbi je čedalje večji delež starega prebivalstva ob čedalje manjšem deležu mladih ljudi. Rešitev demografske problematike v teh razmerah je krepitev solidarnosti med generacijami ter usposabljanje ljudi v poznih srednjih letih za aktivno staranje in komplementarno sodelovanje z mlajšimi pri skrbi za zdrav družbeni razvoj (Svet EU, 2005; Statistični urad RS, 2008; Vertot, 2010).

Demografska kriza se dogaja v času informacijskega preloma, ko družbeno življenje čedalje bolj teče na osnovi elektronske informacijsko-komunikacijske tehnologije. Ljudje, ki so sedaj v Sloveniji stari nad 50 let, večinoma računalniške tehnologije še ne obvladajo. Naša reprezentativna raziskava vzorca prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let, je pokazala, da računalnika ne uporablja 72 % prebivalcev te starosti, 19,3 % od teh pa je izrazilo izrecno željo, da bi se ga želele naučiti uporabljati. Ena od perečih potreb starejših ljudi v današnji slovenski družbi je torej njihovo elektronsko opismenjevanje, zlasti učenje uporabe računalnika.

Druga pereča potreba današnje slovenske in celotne evropske družbe pa je krepitev medgeneracijske solidarnosti. Gerontološka znanost in politika se danes zavedata, da staranje prebivalstva ni obvladljivo brez *nove solidarnosti med generacijami*, kot se glasi naslov EU dokumenta o odzivu na demografske spremembe, ki se začenja z resnim stavkom: »*Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere.*« (Svet EU, 2005).

Kombinaciji potreb po računalniškem opismenjevanju starejših ljudi in po kreptvi medgeneracijske solidarnosti odgovarja model prostovoljskega *družabništva dijakov z upokojenci ob učenju računalništva*. Analiza njegovega akcijsko-raziskovalnega uvajanja je pokazala, da je v enem letu rednega druženja dijaka in upokojenca ob učenju računalnika dosežena zadovoljitev obeh potreb. Model je torej pravi odgovor na dve pereči potrebi današnjega časa.

Če se šolski resor Vlade RS v *evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti* odloči za uvedbo medgeneracijske vzgoje na ta način, se bo učinkovito vključil v reševanje demografske problematike, ki čaka naslednjih 50 let vse prebivalce, njena teža pa bo predvsem na ramenih današnjih mladih ljudi.

LITERATURA

Černuta Luka (5.10.2011). *Uporaba informacijsko - komunikacijske tehnologije v gospodinjstvih in pri posameznikih*, Slovenija, 2011 - končni podatki; http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4240 (sprejem 18.2.2012)

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

<http://www.ris.org>

<http://simbioza.eu>

Končan Urška (2010). *Medgeneracijsko zaveznitvo skozi prizmo medsebojnega doživljanja generacij*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Lenarčič, B. (2005): Informatična družba za vse – tudi za stare ljudi. V: *Kakovostna starost*, letnik 8, št. 2, str. 39-45.

Lenarčič Blaž, Ramovš Jože (2006). Uporaba informacijsko-telekomunikacijskih tehnologij med tretjo generacijo v občini Komenda. V: *Kakovostna starost*, letnik 9, št. 1, str. 15-20.

Prevodnik Katja, Vehovar Vasja (2011) E-kompetentni državljani Slovenije danes;

http://www.ris.org/db/13/12082/RIS%20poročila/E/kompetentni_drzavljan_Slovenije_danes/?&cat=711&p1=276&p2=285&p3=1318&p4=1351&p5=0&id=1351 (sprejem 18.2.2012)

Ramovš J. (2003): *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.

Ramovš Jože (2007). *Prostovoljski dnevnik*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Ramovš Jože (2011). Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. Predstavitev raziskave prebivalstva Slovenije starega 50 in več let. V: *Kakovostna starost*, letnik 14, št. 2, str. 3-21.

Ramovš Jože (2011a). Uvodnik. V: *Kakovostna starost*, letnik 14, št. 1, str. 1.

Ramovš Jože, Slana Mojca (2010). Komuniciranje med generacijami. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št.3, str. 16-25.

Ramovš Jože, Rant Maja (2011). Medgeneracijsko družabništvo ob učenju računalništva. V: *Didakta*, letnik, 21, št. 143 (marec 2011), str. 11-15.

Slovenija na 31. mestu po deležu uporabnikov interneta v populaciji (2011); http://www.ris.org/db/27/12162/Raziskave/Slovenija_na_31_mestu_po_delezu_uporabnikov_interneta_v_populaciji/?&cat=711&p1=276&p2=285&p3=1318&p4=1351&p5=0&id=1351&cat=711 (sprejem 18.2.2012).

Statistični urad RS (2008). *Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje*.

Svet EU (2005). *Zelena knjiga Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*. Bruselj.

Vertot Nelka (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad RS.

Kontaktne informacije:

Jože Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka

Resljeva 11, SI 1000 Ljubljana

E-naslov: joze.ramov@guest.arnes.si

Božidar Voljč

Zakaj pri nas starejši bolniki zamenjajo zdravnika?

POVZETEK

V raziskavi je na vprašanja o izbranem zdravniku in njegovi zamenjavi odgovarjalo 1047 anketirancev, starejših od 50 let. Slovenska zdravstvena zakonodaja določa, da imajo vse obvezno zdravstveno zavarovane osebe izbranega osebnega zdravnika. Raziskava je pokazala, da se določilo dosledno upošteva in da ima večina anketirancev izbranega zdravnika v javni zdravstveni ustanovi, manj pa med zasebniki z javno-zdravstveno koncesijo. Pravico do zamenjave zdravnika je izkoristilo 40,3 % vseh anketirancev. Od vseh zamenjav jih je bilo 45,9 % zaradi sprememb v življenju anketirancev oziroma zaradi njihovih odločitev, med katere sodi tudi nezadovoljstvo z delom zdravnika. 31,5 % zamenjav je bilo zaradi sprememb v življenju zdravnikov, 22,1 % pa zaradi sistemskih razlogov v samih zdravstvenih ustanovah. Med vsemi anketiranci z izbranim osebnim zdravnikom je le-tega zaradi nezadovoljstva zamenjalo 6,7 %, kar kaže, da so starejši pacienti pri nas z odnosom in delom izbranih zdravnikov zadovoljni.

Ključne besede: izbrani zdravnik, nezadovoljstvo, sistemski razlogi, okoliščine, odhodi zdravnikov

Avtor: *Doc. dr. Božidar Voljč* je diplomant javnega zdravstva in specialist družinske medicine. Bil je direktor zdravstvenih domov, vodil je Zavod RS za transfuzijsko medicino, katerega delovanje je povzdignil na raven kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). V neodvisni Sloveniji je bil minister za zdravstvo v prvi slovenski vladi, član Izvršilnega odbora SZO, na Inštitutu Antona Trstenjaka pa vodi zdravstveno gerontologijo.

ABSTRACT

Why do elderly people in Slovenia change their personal family doctor?

In the survey on *The needs, potentials and standpoints of elderly people in Slovenia*, which included also questions about chosen personal general practitioner and reasons to decide for another, answered 1047 respondents, aged 50 years and over.

Slovenian health legislation provides possibility to all compulsory health insured persons to choose their own - personal family doctor. The survey has shown that the legislation is strictly respected and that the majority of respondents have chosen their personal general practitioner among practitioners in public health institution and minority of them among private family doctor with concession. The right to change the doctor have used 40.3 % of respondents, 45.9 % of respondents have changed their personal physician due to changes, facing in their own life or they have decided to do so because they had not been satisfied with their chosen practitioner's work; 31.5 % of respondents have had to choose another practitioner due to some changes in the latter's life, while 22.1 % of respondents have decided for another practitioner because of systemic reason in health care institution. Among all respondents have been only 6.7 %, who have changed their personal general practitioner due

to dissatisfaction with his/her work. This indicates that elderly patients are generally satisfied with their general practitioner's work and his/her attitude towards patients.

Key words: selected doctor, dissatisfaction, systemic reasons, life circumstances, career choice

Author: *Dr. Božidar Voljč, M.D. is a specialist in family medicine and Public Health. He was a director of two primary health care centers in Ribnica and Kočevje and a director of The Blood Transfusion Centre of Slovenia that during his management became a collaborative centre of the World Health Organization (WHO). He was the minister of health in the first government in independent Republic of Slovenia and a member of the WHO Executive Board. He is also in charge of the Anton Trstenjak Institute's endeavors in medical gerontology.*

1. UVOD

Pred več kot petdesetimi leti je Givens objavil trinajst razlogov, zaradi katerih bolniki zamenjajo zdravnika (Givens, 1957). Med najpomembnejše sodi izguba zaupanja, ki povezuje več vzrokov: bolnik dvomi v zdravnikovo strokovnost; zdravnik se premalo zanima za njegove težave; ni pozoren na tiste znake bolezni, ki jih bolnik navaja kot najbolj pomembne ali jih obravnava na neprimeren način; govori o drugih stvareh in ne o težavah bolnika; postavlja nedostojna vprašanja; v svojih prognozah je pretirano optimističen ali preveč črnogled; predpisuje neustrezna zdravila ali bolnika ne napoti pravočasno na druge preglede; bolnika obiskuje na njegovem domu bodisi prepogosto, bodisi komaj kdaj, pri tem ni dovolj pozoren do glave družine; na cesti svojih bolnikov ne pozna; ima težko sprejemljive navade in razvade ali je osebno zanemarjen.

Čeprav se Givensovega prispevka, še posebej o obiskih na domu in glavi družine, že drži patina časa, ga navajamo zato, ker v odnosu med zdravnikom in bolnikom ni velikih sprememb. Tudi danes bolniki zamerijo iste stvari. Caron (2011) navaja pomanjkanje zaupanja, razpravljanje o drugih stvareh, nepravočasno napotitev na druge preglede, neprimerna vprašanja in nezadostno zanimanje. Značilna za današnji čas je bolnikova užaljenost, če ne more do zdravnika, ker ga sprejme in obravnava medicinska sestra. Nekoč se bolnikom tudi ni priporočalo, naj se na internetu prepričajo, ali je zdravnik že kdaj imel težave zaradi svojega dela in zakaj.

Odnosi med zdravnikom in bolnikom, od katerih je med drugim odvisno tudi, ali bo bolnik zdravnika kdaj zamenjal, so pomembna prvina kakovosti zdravstvenih storitev in samega zdravstva. So pogosto področje javno-zdravstvenih in etičnih razprav, v zadnjem času so pri nas v ospredju pritožbe nad delom zdravnikov. Ob zamenjavi zdravnika najprej pomislimo na njegovo napako ali na spor z bolnikom. Pa ni vedno tako. V prispevku opisujemo okoliščine in razloge, zaradi katerih starejši slovenski bolniki zamenjajo osebnega zdravnika.

2. OSEBNI ZDRAVNIK IN POTREBA PO STALNOSTI

Pred petdesetimi leti, v času objave Givensovega članka, so bili pri nas odnosi med zdravniki in bolniki pogojeni s takratno organizacijo zdravstva. V zdravstvenih domovih so bolniki zdravnike menjavali brez težav. Zdravstvena zakonodaja, ki smo jo sprejeli po

osamosvojitvi leta 1992, je slovensko zdravstvo približala organizaciji in izvajanju zdravstvenih storitev v drugih državah Evropske unije. Med drugim je bilo sprejeto določilo, da naj ima vsak državljan izbranega osebnega zdravnika. To določilo pri kasnejših dopolnitvah zakonodaje ni bilo spremenjeno. V zvezi z njim je določeno tudi, da je zdravnika možno zamenjati po predpisanem postopku, če se izbrani zdravnik in bolnik ne razumeta, če bolnik izgubi zaupanje v zdravnika, če zdravnik meni, da ob bolniku ne more ustrezno opravljati svojih nalog, ali če bolnik zamenja bivališče (e-uprava, gov.si 2011). Namen določila o izbranem osebnem zdravniku ni v omejevanju bolnikove svobodne izbire, ampak v vzdrževanju stalnega odnosa med bolnikom in njegovim osebnim zdravnikom. Vsak bolnik in vsaka bolezen imata svojo zgodovino, ki jo najbolje pozna in razume zdravnik, ki jo je spremljal ali jo še vedno spremlja. Kolikor več zdravstvenih težav ima bolnik in kolikor dlje časa trajajo, večja je potreba po stalnem osebnem zdravniku. V različnih življenjskih obdobjih so te potrebe različne. Največ jih je v zgodnjem otroštvu in v starosti. Otroci ob stiku z bakterijami in virusi z vročinskimi odzivi gradijo odpornost imunskega sistema, v starosti pa gredo k zdravniku pogosteje zaradi kroničnih bolezni ali stanj. Če smo zdravi, imamo najmanj zdravstvenih potreb v zgodnji in zreli odraslosti, ko zdravnika največkrat obiščemo v primeru poškodb ali sezonskih infekcij dihal oziroma prebavil. V takih primerih je pomembno, da pridemo do pomoči in zdravil, ni pa toliko pomembno, da nam pomoč nudi vedno isti zdravnik. Drugače je, če je potreba po zdravniški pomoči pogosta. Starši z malimi otroki želijo imeti zdravnika, ki pozna otroka in njih in ki mu zaupajo. Tudi starejši bolniki želijo imeti zdravnika, ki pozna njihove bolezni in ki mu ni potrebno na dolgo in široko govoriti o vseh težavah. Med ženskami je prisotna želja po stalnem ginekologu, dobro je imeti svojega zobozdravnika. Vse to upošteva tudi omenjeno določilo o izbranem osebnem zdravniku, ki navaja še izbranega pediatra, ginekologa in zobozdravnika (e-uprava, gov.si. 2011). V odnosu med zdravnikom in bolnikom je stalnost njunega razmerja pomembna prvina bolnikovega in zdravnikovega zadovoljstva ter kakovosti storitev, prispeva k bolj premišljenemu predpisovanju zdravil in cenovno učinkovitemu zdravstvu.

Kolikokrat in zakaj pri nas starejši bolniki zamenjajo zdravnika, kakšna vrednota je v slovenskem zdravstvu stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom?

3. RAZISKAVA, VPRAŠANJA IN ODGOVORI

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje je izvedel nacionalno raziskavo o potrebah, možnostih in stališčih starejših ljudi v Sloveniji. Po naključnem vzorcu Urada RS za statistiko je bilo po vsej Sloveniji izbranih 1800 prebivalcev v starosti nad 50 let. Narava obsežne ankete je zahtevala, da so se anketarji o vprašanjih z anketiranci osebno pogovorili. Uspešno je bilo zaključenih 1047 anketiranj. Med vprašanji so bila tudi vprašanja o zdravju in zdravstvu, kjer so potrebe starejših med najbolj pogostimi. V zvezi s stalnostjo odnosa z zdravnikom so bili vprašani, ali imajo izbranega osebnega zdravnika, če so ga kdaj zamenjali in zakaj. V nadaljevanju prikazujemo in komentiramo izsledke ob posameznih vprašanjih.

Vprašanje 47 – Ali imate izbranega osebnega zdravnika?

Od 1047 anketirancev jih je 1040 odgovorilo, da ga imajo, 6 jih je reklo, da ga nimajo, 1 anketiranec pa na vprašanje ni odgovoril.

Določilo, da mora pri nas vsaka zdravstveno zavarovana oseba imeti izbranega osebnega zdravnika, se očitno dosledno upošteva, saj se je izkazalo, da ga ima kar 99,4 % vseh anketirancev, nima ga le 0,6 %.

Komentar:

Imeti izbranega osebnega zdravnika pomeni, da je bolniku na razpolago, kadar ga potrebuje. V javnem zdravstvu je to povezano z vrednoto razpoložljivosti, ki je po Svetovni zdravstveni organizaciji povezana s številom delujočih zdravnikov, ambulant, poliklinik, bolnišnic in drugih zdravstvenih institucij (WHO, 2005). Njihova naloga je, da upoštevajoč pravice iz zdravstvenega zavarovanja s svojimi storitvami zadovoljujejo zdravstvene potrebe državljanov in na ta način vzdržujejo njihovo zdravstveno varnost. Odgovor potrjuje, da je razpoložljivost našega zdravstva, vsaj na stopnji primarnega zdravstva, ki ga določilo o osebnem zdravniku najbolj zadeva, odlična. Sklepamo lahko, da je bila stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom za zakonodajalca pomembna vrednota sistema, saj jo je skušal zagotoviti z ustreznim predpisom. Vendar to še ne pomeni, da je taka tudi dostopnost do storitev. Na ravni dostopnosti se v življenju dogaja marsikaj, kar je povezano z različnimi, tudi socialnimi, okoliščinami. Govorimo o finančni, fizični, etični in informacijski dostopnosti (WHO, 2005). Še noben zdravstveni sistem ni uspel vsem brez razlike zagotoviti enako mero dostopnosti in tudi uveljavljanje predpisanih pravic ni vsem zagotovljeno v enaki meri (WHO, 2008). Kljub temu pa dejstvo, da imajo praktično vsi anketiranci izbranega osebnega zdravnika, predstavlja velik dosežek našega zdravstva, ki ga je vredno ohranjati tudi v prihodnosti. Brez njega bi bila dostopnost do storitev slabša.

Vprašanje 48 – Če imate osebnega zdravnika, je vaš zdravnik zaposlen v javni zdravstveni ustanovi, je zasebnik s koncesijo ali zasebnik brez koncesije?

Odgovorilo je 1038 anketirancev, 9 jih ni odgovorilo ali so bili odgovori neveljavni. V javni zdravstveni ustanovi ima izbranega osebnega zdravnika 782, med zasebniki s koncesijo 251, med zasebniki brez koncesije pa 5 anketirancev.

Komentar:

Če upoštevamo, da so zasebniki s koncesijo del javnega zdravstvenega sistema in da so pravice njihovih pacientov enake kakor v javnih ustanovah, lahko ugotovimo, da uvedba zasebništv ni zavarovancem zmanjšala njihovih pravic, ampak jim je ponudila večjo možnost izbire. Izbranega zdravnika ima v javnih zdravstvenih ustanovah, to je zdravstvenih domovih in postajah 75,3 %, med zasebniki pa 24,2 % vseh anketirancev, kar skupaj pomeni 99,5 %. Nekateri zasebniki delajo v prostorih zdravstvenih domov in so vključeni v zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva. Slovensko zdravstvo je kljub uvedbi zasebništv ohranilo svoj javni značaj, ki je bil razvit v desetletjih po drugi svetovni vojni. Naša javnost zdravstvo tradicionalno pojmuje kot javno. 20 let po sprejetju zakonodaje, ki omogoča tudi čisto zasebništv izven javnega sistema, med starejšimi pacienti to možnost koristi le 0,5 % anketirancev. To dejstvo predstavlja sporočilo in opomin zdravstveni politiki pri uvajanju različnih reformnih in predvsem v varčevanje usmerjenih sprememb.

Vprašanje 49 – Ste kdaj zamenjali izbranega osebnega zdravnika?

Odgovorilo je 1030 anketirancev, 422 jih je zdravnika že zamenjalo, 608 pa ne. 10 jih na vprašanje ni odgovorilo, 7 odgovorov je bilo neveljavnih.

Komentar:

Odgovori tistih, ki so zdravnika že zamenjali, predstavljajo 40,3 % vseh odgovorov. To je visok odstotek in bi lahko odražal veliko stopnjo razpoložljivosti zdravnikov oziroma zdravstvenih storitev, ki bi pacientom lahko omogočala tako visoko mobilnost v sistemu. Tolikšen odstotek zamenjav postavlja pod vprašaj smisel določila o izbranem osebnem zdravniku. Ker vemo, da je v Sloveniji na 1000 prebivalcev kljub porastu v zadnjih letih še vedno manj zdravnikov kakor v številnih evropskih državah, s katerimi se po ekonomski in socialni razvitosti lahko primerjamo (WHO, 2009), je odgovor na vprašanje, zakaj je toliko pacientov zamenjalo izbranega zdravnika, potrebno poiskati z novim vprašanjem. To je pomembno tudi zato, ker v starosti pacienti neradi menjajo zdravnika, ki je seznanjen z vsemi njihovimi zdravstvenimi problemi in drugimi težavami. Visok odstotek zamenjav vsekakor ne predstavlja ugodnega kazalnika in je s stališča javnega zdravstva pomembno vedeti, kaj je v ozadju.

Vprašanje 50 – Kdaj ste nazadnje zamenjali zdravnika?

Anketiranci, ki zdravnika niso zamenjali, na vprašanje niso odgovarjali. Od 422 tistih, ki so ga zamenjali, je odgovorilo 407 anketirancev, 15 jih ni odgovorilo.

Čas, ki je minil, odkar so zamenjali zdravnika, je zaradi preglednosti razdeljen na petletna obdobja. Če so zdravnika zamenjali v tekočem letu, so meseci razdeljeni na trimesečna obdobja. Teden dni ali manj je razdeljen po dnevih. Nenatančni odgovori so napisani tako, kakor so bili izrečeni.

Časi zamenjav:

Včeraj – 1 odgovor, v tem tednu – 1 odgovor, 1 do 3 mesece – 6 odgovorov, 4 do 6 mesecev – 2 odgovora.

1 do 5 let – 156 odgovorov, 6 do 10 let – 109 odgovorov, 11 do 15 let – 48 odgovorov, 16 do 20 let – 43 odgovorov, 21 do 25 let – 11 odgovorov, 26 do 30 let – 4 odgovori.

Nenatančni odgovori: pred več leti – 13 odgovorov, se ne spominjam – 5 odgovorov, že nekaj časa – 1 odgovor, pred kratkim – 1 odgovor, ravnokar – 1 odgovor, zdaj ga bom – 1 odgovor, večkrat – 1 odgovor, ko je bilo možno – 1 odgovor, ob selitvi v Slovenijo – 1 odgovor, ko se je zdravnik upokojil – 1 odgovor.

Komentar:

Ker so anketiranci predvsem starejši ljudje, nas ne smejo začuditi odgovori, ki čas zamenjave zdravnika izražajo v desetletjih. Takrat določila o izbranem osebnem zdravniku še ni bilo, vseeno pa so imeli zdravnika, ki so ga smatrali za svojega oziroma izbranega. Ti odgovori kažejo na to, da je stalni zdravnik ne le strokovna, ampak tudi človeška potreba bolnikov, ena od prvin odnosa med zdravnikom in bolnikom. Prav to, da se zamenjave po toliko letih še spominjajo kot pomembnega dogodka v njihovih preteklih stikih z zdravstvom, to potrjuje.

Da so zamenjave v obdobju 1 do 5 let najbolj številne, je logično. Čez čas, čez leta, ko bo del anketirancev umrl, bodo številke pred istim letom prav tako manjše.

Vprašanje 51 – Zaradi česa ste zamenjali zdravnika?

Anketiranci, ki niso zamenjali zdravnika, na vprašanje niso odgovarjali. Od 422 tistih, ki so ga zamenjali, je odgovorilo 412 anketirancev, 10 jih ni odgovorilo.

Vsi odgovori so individualni, vsak je povedan na svoj način. Razporedili smo jih po vsebini oziroma smislu. Tako urejeni vzroki zamenjav zdravnika se po rangu razporedijo takole:

- Odhod ali menjava zdravnika: 80 odgovorov
 - Upokojitev zdravnika: 76 odgovorov
 - Nezadovoljstvo z zdravnikom: 70 odgovorov
 - Smrt zdravnika: 41 odgovorov
 - Selitev bolnika: 30 odgovorov
 - Prevelika oddaljenost ambulante: 23 odgovorov
 - Upokojitev bolnika: 22 odgovorov
 - Odhod v dom upokoјencev: 15 odgovorov
 - Da je družina pri enem zdravniku: 10 odgovorov
 - Podjetje opustilo ambulanto: 7 odgovorov
 - Nosečnost zdravnice: 5 odgovorov
 - Selitev v Slovenijo: 4 odgovori
 - Ker je prosta izbira: 3 odgovori
 - Zdravnik je odšel med zasebnike: 3 odgovori
 - Menjava zaposlitve: 3 odgovori
 - Zdravnik je postal poslanec: 2 odgovora
 - Otroška zdravnica ne sme zdraviti odraslih: 2 odgovora
 - Zaradi bolezni: 2 odgovora
 - Zaradi spremembe, kar tako: 2 odgovora
 - Ne vem, zakaj: 2 odgovora
 - Zaradi stopnic: 1 odgovor
 - Specializacija zdravnika: 1 odgovor
 - Prezasedenost zdravnika: 1 odgovor
 - Ne po svoji volji: 1 odgovor
 - Bolezen zdravnika: 1 odgovor
 - Nadomeščanje zdravnika: 1 odgovor
 - Šel sem k zasebniku: 1 odgovor
 - Vsakič je drug zdravnik: 1 odgovor
 - Odločil sem se za zdravnico sorodnico: 1 odgovor
 - Nejasen: 1 odgovor.
- Komentar:

Visok odstotek zamenjav je po teh podatkih jasnejši. Vzroki zamenjav so vse drugje kakor v primerih, ki jih predvideva določilo o izbranem zdravniku, in so povezani s spremembami v življenju pacientov oziroma njihovim odnosom z zdravnikom, z dogodki v življenju zdravnikov ali pa je do njih prišlo zaradi organizacijskih posebnosti zdravstva na primarni ravni. V nadaljevanju so vsa področja naštetih sprememb podrobneje prikazana.

Zamenjave, za katere so se odločili anketiranci sami, imajo več ozadij. V 70 primerih je bilo vzrok nezadovoljstvo z zdravnikom, v 30 primerih se je anketiranec preselil, v 23 primerih

je zdravnika zamenjal zaradi prevelike oddaljenosti, upokožitev je povzročila 22 zamenjav, v dom starejših občanov in k domskemu zdravniku je odšlo 15 anketirancev, zaradi želje, da bi člane družine obravnaval isti zdravnik, je osebnega zdravnika zamenjalo 10 anketirancev, v Slovenijo in s tem k drugemu zdravniku so se preselili 4 anketiranci, 3 zamenjave so se zgodile zato, ker so anketiranci uveljavljali pravico do zamenjave, 3 anketiranci so zdravnika zamenjali zato, ker so zamenjali delovno mesto, bolezen je bila vzrok 2 zamenjav, v 2 primerih anketiranec ni znal pojasniti, zakaj je zdravnika zamenjal, do več zamenjav pa je prišlo zaradi posamičnega razloga; zaradi stopnic do zdravnika, ker je anketiranec odšel k zasebniku, nekdo si je raje izbral sorodnico, ki je zdravnica, nekdo ga je zamenjal, ker je želel spremembo, eden je zdravnika zamenjal kar tako. Zamenjav, ki so povezane z odločitvijo anketirancev, je skupaj 189 ali 45,87 %.

Zamenjave zaradi nezadovoljstva z zdravnikom so posebej zanimive, saj je v njihovem ozadju tisto, kar bolniki zdravnikom najbolj zamerijo in kar bi moral vsak zdravnik vedeti, najbolje pa bi bilo, če bi se o tem podučili že med študijem. 70 zamenjav zaradi nezadovoljstva je bilo po vzrokih razdeljeno takole: 22 zamenjav je bilo zaradi **nezadovoljstva**, ki ga anketiranci niso podrobneje opredelili. V odnosu dveh ljudi, tudi med zdravnikom in bolnikom, lahko pride do nesodelovanja tudi iz razlogov, ki so povsem osebne narave. Nekateri anketiranci pravijo, da so šli k drugemu zdravniku zato, ker je novi boljši, eden ga je zamenjal zato, ker je zdravnik med tem, ko je bil v ambulanti, preveč telefoniral (»ni zdravnik, ampak telefonist«). Veljati bi moralo pravilo, da imajo zdravniki med delom mobilne telefone izklopljene. Zaradi **nesporazuma, spora ali zamere** je bilo 9 zamenjav. Do spora z bolnikom lahko pogosto pride, če bolnik od zdravnika zahteva stvari, ki niso dovoljene, zdravnik pa mu ne ustreže. Največ takih primerov je v zvezi z bolniškim staležem (»ga ne da, ali ga zaključí«), pa tudi v zvezi z zdravili, zaradi česar so 4 anketiranci zamenjali zdravnika (»ni mi hotel dati zdravila, ni mi dal pravih zdravil«). Bolniki svojega zdravnika zamenjajo tudi, če je **prevečkrat odsoten** in morajo iti k zdravniku, ki jih ne pozna. Takih zamenjav je bilo v raziskavi 8. Klasičen očitek bolnika, da se zdravnik **premalo zanima, da ni pomagal, da ni imel časa**, je bil v raziskavi prisoten v 7 primerih. Neprijaznost, neprimeren odnos je bil vzrok 6 zamenjav, **nezaupanje v zdravnikovo strokovnost** pa v 5 primerih. Tudi **neprijazne sestre** lahko bolnika pripravijo, da zamenja zdravnika, kar se je v raziskavi pripetilo v 4 primerih. **Gneča v čakalnici** je odvrnila bolnika v 2 primerih, prav tako v 2 primerih pa je **zdravnik zavrnil**, da bi bolnika še naprej zdravil. V 1 primeru je bolnik zamenjal zdravnika zato, ker so **izgubili** njegovo **kartoteko**, kar je precej redek, a tehten razlog za zamenjavo.

Med 1047 anketiranci, ki imajo izbranega osebnega zdravnika, ga je zaradi nezadovoljstva zamenjalo 70 anketirancev ali 6,68 %. Ta podatek pa kaže, da so njihovi odnosi z izbranimi zdravniki v veliki večini dobri.

Vzroki zamenjav so tudi zaradi sprememb v življenju zdravnikov. Ti so se v 76 primerih upokojili, 41 jih je umrlo, 5 zdravnic je zanosilo, 3 so odšli med zasebnike, 2 sta postala poslanca, 1 je odšel na specializacijo, 1 je bil preveč zaseden, 1 je zbolel. Zamenjav, do katerih je prišlo zaradi sprememb v življenju zdravnikov in ki niso povezane s sistemskimi vzroki, je skupaj 130 ali 31,55 %.

Med pogoste **sistemske vzroke zamenjav** sodijo odhodi in menjave zdravnikov, ki predstavljajo 80 odgovorov. Zaradi opustitve obratne ambulante je zdravnika zamenjalo 7

anketirancev. V 2 primerih je do zamenjave prišlo zaradi tega, ker otroška zdravnica ne more prevzeti odraslih bolnikov, v 1 primeru je izbranega zdravnika nadomeščal drug zdravnik, 1 anketiravec pa je zdravnika zamenjal zato, ker je namesto na svojega vedno naletel na drugega zdravnika. Zamenjav, ki so povezane s sistemskimi vzroki, je tako 91 ali 22,09 %.

2 odgovora ali 0,48 % sta nejasna.

Komentar:

Starejši pacienti kljub težnji po stalnosti pogosto menjajo izbranega zdravnika. Izsledki ankete kažejo, da so okoliščine, ki pogojujejo zamenjavo, pogostejše od zamenjav zaradi nezadovoljstva z zdravniki, pogojene pa so s starostjo anketirancev. Po upokojitvi se življenje uredi drugače, marsikdo se preseli, zdravnik postane težje dosegljiv, nekateri odidejo v dom starejših občanov. Celo stopnice do zdravnikove ordinacije so lahko ob določenih bolezenskih pogojih vzrok, da si bolnik poišče lažje dostopnega zdravnika. Ko starejša zakonca ostaneta sama, si neredko želita istega zdravnika, tudi narava same bolezni lahko pripelje do zamenjave. Nekaj zamenjav sega tudi v čas, ko so bili anketiranci še zaposleni. Vzrok je bil menjava delovnega mesta, po vsej verjetnosti povezana s selitvijo v drugo okolje.

Kljub vsem naštetim razlogom pa je vendarle največ zamenjav zaradi nezadovoljstva z zdravniki, kar zahteva posebno analizo. V raziskavi se je izkazalo, da je med oblikami nezadovoljstva najpogostejše samo nezadovoljstvo. Nekateri ga niso podrobneje opredelili, drugi so ga povezovali s premajhnim zanimanjem zdravnika za njihove težave in vtisom, da zanje nikoli nima dovolj časa. Nekateri se z zdravnikom niso mogli sporazumeti ali so se z njim sprli, prizadela jih je neprijaznost zdravnika ali sestre. Dvom v zdravnikovo strokovnost, njegova pogosta odsotnost, nesporazumi pri predpisovanju zdravil in dolgo čakanje v čakalnici sodijo pri nas med starejšimi pacienti v enak okvir razlogov, kakor jih pred petdesetimi leti in danes naštevata Givens in Caron.

Veliko menjav je povezanih s spremembami v življenju zdravnikov. Ker imajo starejši anketiranci dolgotrajna razmerja z zdravstvom, ki jih, kakor je pokazala raziskava, merimo tudi v desetletjih, ne čudi visoko število zdravnikov, ki so se upokojili, njihovi pacienti pa so si morali poiskati drugega zdravnika. Čudi pa nenavadno visoko število umrlih zdravnikov, saj so to smrti aktivnih zdravnikov. Podatek je težko komentirati; vsekakor zasluži podrobnejšo analizo. Druge spremembe zdravniških življenj, ki so se pokazale v raziskavi, niso številne in so za današnje razmere običajne. Pokazalo pa se je, da te spremembe toliko bolj vplivajo na zamenjave zdravnikov, kolikor starejša je populacija pacientov. Med mlajšimi generacijami spremembe v življenju zdravnikov nimajo tako močnega vpliva; tam ni toliko zdravniških upokožitev ali smrti.

Vzrokov zamenjav, ki so povezane s samim sistemom zdravstva, ni malo, v večini pa so povezane s fluktuacijo zdravnikov v primarnem zdravstvu. Ta je tolikšna, da ne podpira stalnosti. Vendar je stalnost na primarni ravni težko vzdrževati, marsikje je zelo težko dobiti zdravnika. To je ena izmed posledic »hospital-centrizma«. S tem izrazom Svetovna zdravstvena organizacija označuje bolezen zdravstvenih sistemov in zdravstvenih politik, da se pretežno ukvarjajo z vprašanji, problemi in organizacijo bolnišnic, manj pa z veliko pomembnejšim primarnim zdravstvom. Število specialistov presega število zdravnikov na primarni ravni. Dosedanje izkušnje razvitih držav kažejo, da je tak sistem »drag, povezan z nepotrebno medikalizacijo in iatrogeno in kompromitira človeško in socialno dimenzijo zdravja«. V

nekaterih državah imajo veliko srčnih kirurgov, nimajo pa programov za zmanjšanje bolezni srca in ožilja (WHO, 2008). Vendar vzgoja zdravnikov še vedno poteka v smeri specializacij. Mladi zdravniki zato svojo strokovno prihodnost vidijo predvsem v specializacijah in bolnišnicah in čakajo na prvo priložnost, da primarno zdravstvo zapustijo. Številne zamenjave zdravnikov na primarni ravni so med drugim tudi oddaljeni odsev »hospital-centrizma«.

Po analizi izsledkov tega vprašanja lahko zaključimo, da je kljub določilu o izbranem osebnem zdravniku in kljub temu, da imajo skoraj vsi izbranega osebnega zdravnika, v slovenskem zdravstvu stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom iz razlogov, na katere je raziskava opozorila, manjša od tiste, ki bi jo po takem določilu lahko pričakovali. Zdravstvena politika na večino od njih nima in ne more imeti velikega vpliva.

4. ODNOS MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM

Pri zamenjavah zdravnikov se prekine že vzpostavljeno razmerje, odnos, ne oziraje se na vzrok prekinitve. Odnos med zdravnikom in bolnikom ima veliko dimenzij, odvisno od zornega kota, predvsem pa je bolj obremenjen z etiko kakor katerikoli drug odnos med ljudmi (Milčinski, 1982). Razprave o odnosu med zdravnikom in bolnikom so stare prav toliko kot samo zdravstvo. Mogoče ga je opisovati na različne načine in bolj ko ga seciramo, manj je pregleden. Celostno ga je pred več kot pol stoletja opisal klasik novodobne literature s tega področja dr. Michael Balint v svoji popularni knjigi o zdravniku, bolniku in bolezni (Balint, 1986). Pravi, da bolnik in zdravnik rastea skupaj z boljšim poznavanjem drug drugega, kar ni enostaven proces, saj se razvija lahko v dobro ali slabo smer. Tudi obojestransko razočaranja sodijo vanj. Zdravnik ni vedno na voljo, ko ga hočejo, nima rad, da se ga zbuja ponoči ali kliče v nedeljo, in tudi če pride, ne more takoj odpraviti vsake bolečine ali stiske. Bolniki pa niso vedno hvaležni, imajo tudi nerealne zahteve, včasih so neobzirni in nespoštljivi. A tu so tudi spomini na pravo diagnozo in pravočasno ukrepanje, ki je odvrnilo veliko nevarnost, so spomini na težke trenutke, ki jih je zdravnik pomagal prebroditi in na vrsto prijaznih, s hvaležnostjo sprejetih manjših uslug. Zadoščenja in razočaranja so zidaki edinstvenega razmerja med družinskim zdravnikom in njegovimi bolniki, ki ga je težko opisati s psihološkim jezikom. To ni ljubezen ali spoštovanje, tudi prijateljstvo ni, vendar pa je vse to vključeno v njuno razmerje. Balint ga je poimenoval »obojestransko naložbeno razmerje« (*mutual investment company*), v katerem zdravniku raste kapital, ki ga vlaga v bolnika, bolnik pa tudi pridobiva zanj zelo vreden kapital, ki je shranjen v njegovem zdravniku. Obojestransko naložbeno razmerje je mogoče ustvariti le, če ima bolnik stalnega zdravnika, zdravnik pa stalnega bolnika. Možna je še obratna smer. Zdravnik in bolnik se iz različnih razlogov ne ujameta, naložbeno razmerje je vse bolj šibko in bolnik poišče drugega zdravnika. V vsakem primeru pa je odnos med zdravnikom in bolnikom, kljub specifičnim odnosom, tako kakor vsako razmerje med dvema osebam ali več osebami, v celoti neponovljiv in nedoumljiv. Nihče v celoti ne zaznava horizontov svoje duše, kaj šele duše drugega. Zato je celosten Balintov opis dragocen in velja tudi za vsako drugo razmerje. Odnos med zdravnikom in bolnikom nam bo bližji, če poskušamo človeško razumeti ravnanje enega in drugega, tudi ko obravnavamo primere, ko je bolnik zamenjal svojega zdravnika.

5. ZAKLJUČKI

Iz odgovorov smo izvedeli, da imajo skoraj vsi anketiranci izbranega osebnega zdravnika, kar je pomembna prvina zdravstvene varnosti in dobro izhodišče za kakovostno nadgradnjo zdravstva, v kateri je izbrani zdravnik pogoj za stalnost razmerja med zdravnikom in bolnikom. Kljub uvedbi zasebnega zdravstva z zakonodajo iz leta 1992 ima velika večina anketirancev izbranega zdravnika v javnih zdravstvenih ustanovah, med koncesionarji, ki so pri nas najpogostejši predstavniki zasebnega zdravstva, pa le ena četrtina. Zakonodaja v uresničevanju zdravstvenih pravic ne dela razlike med javnim in zasebnim zdravstvom, zato lahko rečemo, da anketiranci zdravstvo še vedno sprejemajo predvsem kot javno.

Zelo visok odstotek anketirancev, ki so izbranega zdravnika zamenjali, pa kaže drugačno sliko našega zdravstva. Čeprav podatki o zamenjavi segajo tri desetletja nazaj, še v čas zakonodaje iz prejšnje države, je bilo največ zamenjav v zadnjih petih oziroma desetih letih. Odgovori na vprašanje po vzroku zamenjave so pokazali, da so vzroki sicer zelo pisani, da pa jih več kot polovica odpade na prve tri razloge, to je na fluktuacijo zdravnikov v primarnem zdravstvu, na upokojitvev zdravnikov in na nezadovoljstvo z njimi. Slednje je posebej zanimiva kategorija zamenjav, ki ob podrobnejši analizi pokaže, da so vzroki zamenjav enaki tistim, ki jih najdemo v literaturi: zdravnik in bolnik nista spleta ustreznega odnosa, med njima je prišlo do nesporazuma ali spora, zdravnik ni pokazal dovolj zanimanja za bolnikove težave, bil je neprijazen in velikokrat odsoten. Zamenjavi so lahko vzrok tudi neprijazne sestre in gneča v čakalnici. Zanimivo je, da nezaupanje v zdravnikovo strokovnost ni najbolj pomemben vzrok zamenjav, s čimer se potrjuje, da bolniki pri zdravnikih najbolj cenijo prijazen odnos. Ker pa zamenjave zdravnikov zaradi nezadovoljstva z njimi med odgovori vseh anketirancev, tistih, ki so zdravnika zamenjali in tistih, ki ga niso, predstavljajo slabih 7%, lahko rečemo, da so zamenjave zdravnikov pri nas razmeroma pogoste, njihovi vzroki pa so povečini pogojeni s spremembami v življenju anketirancev, zdravnikov in organiziranostjo primarnega zdravstva, manj pa zaradi nezadovoljstva anketirancev z odnosom med njimi in zdravniki.

VIRI:

- Givens John T. (1957). Thirteen Reasons Why Patients Change Doctors. V: J Natl Med Assoc. V. 49(3); p. 174-5.
- Caron Dominic A. (2011). 10 reasons why you need to change doctors. V: <http://www.kevinmd.com/blog/2011/10/10-reasons-change-doctors.html>, (sprejem: 1.12.2011).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2010). Kako izberem osebnega zdravnika? V: <http://e-uprava.gov.si/e-uprava/dogodki/Prebivalci.euprava?zdid=1230&sid=885>, (sprejem: 4. 12.2011).
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2005). The Health for All Policy Framework for the WHO European Region, 2005 Update, European Health for All Series No. 7, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, str. 17.
- World Health Organization, (2008). Closing the Gap in a Generation. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, (2009). Health Systems in Transition. Slovenia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, str. 90-3.
- World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More Than Ever. World Health Organization. Geneva, str. 11.

Milčinski Janez (1982). Medicinska etika in deontologija. Dopolna delavska univerza UNIVERZUM. Ljubljana.

Balint Michael (1986). The Doctor, his Patient and the Illness. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, str. 249-50, 278-9, 265.

Kontaktne informacije:

Dr. Božidar Voljč

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

e-naslov: bozidar.voljc@gmail.com

Zdenka Garašević, Dejan Kocijan, Anja Kovačič

Rehabilitacija na negovalnem oddelku

UKC Ljubljana

POVZETEK

Negovalni oddelk UKC Ljubljana je namenjen predvsem neakutni obravnavi starostnikov. Pri obravnavi pacientov so pomemben del tima dva fizioterapevta in delovna terapevtka. Namen članka je predstavitev predvsem rehabilitacijskega dela oz. funkcionalnega napredka pacientov. Podatki so zbrani na podlagi ocene funkcionalnega stanja ob sprejemu in odpustu za obdobje štirih mesecev. Uspeh rehabilitacije je prikazan v obliki grafov, ki zajemajo sposobnost obračanja v postelji, posedanja preko roba postelje, sedenja, transferja v invalidski voziček, stoje in hoje. Iz rezultatov je razvidno, da se je pri vseh funkcionalnih sposobnostih pacientov kazal napredek v rehabilitaciji. Ob odpustu je npr. samostojno hodilo 22 % več pacientov kot ob sprejemu. Rezultati bi bili boljši, če bi bili osredotočeni samo na paciente, ki so sposobni sodelovanja in imajo boljši rehabilitacijski potencial, tako kot je to v tujini praksa že vrsto let.

Ključne besede: starostniki, negovalni oddelk, rehabilitacija, fizioterapija, delovna terapija

Avtorji:

Zdenka Garašević, dipl. del. ter. Maja 2010 je diplomirala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer delovna terapija. Pripravnništvo je opravljala na Nevrološki kliniki UKC Ljubljana, kjer je bila zaposlena eno leto. Trenutno je zaposlena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

Dejan Kocijan, dipl. fiziot. Maja 2010 je diplomiral na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer fizioterapija. Pripravnništvo je opravljal na Centru za medicino športa UKC Ljubljana. Trenutno je zaposlen na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

Anja Kovačič, dipl. fiziot. Oktobra 2010 je diplomirala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer fizioterapija. Pripravnništvo je opravljala v zasebni ambulantni fizioterapiji s koncesijo Grapar Žargi v Šentvidu. Od julija 2011 je zaposlena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

ABSTRACT

Rehabilitation on the department for nursery care at University Medical Centre Ljubljana

Nursery care department at University Medical Centre Ljubljana is primarily designed for non-acute treatment of the elderly. An important part of the team in the treatment of patients are two physiotherapists and occupational therapist. The purpose of this article is to present the primarily rehabilitation work and functional progress of patients. Data have been collected on the basis of assessment of functional status at admission and discharge, for a period of four months. The outcome of rehabilitation is presented in the form of graphs, which include the ability to turn in bed, settling over the edge of the bed, sitting, transfer to a wheelchair, standing and walking. The results show that the functional abilities of patients

have improved during the rehabilitation. At hospital discharge, there were 22% more patients independent in walking than at admission. The results would be even better if we focused only on patients, who were able to cooperate in treatment and had better rehabilitation potential, as is the practice abroad for many years.

Key words: elderly, department for nursery care, rehabilitation, physiotherapy, occupational therapy

Authors:

Zdenka Garašević graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. She became graduated occupational therapist. In the Neurology clinic in Ljubljana she carried out one-year apprenticeship. Her current employment is at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

Dejan Kocijan graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. He became graduated physiotherapist. After finishing one-year apprenticeship at Center for sport medicine at University Medical Centre Ljubljana, he got a job at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

Anja Kovačič graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. She became graduated physiotherapist. Her apprenticeship was carried out in private practice with concession for physiotherapy in Šentvid. From July 2011 on, she is employed at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

1. UVOD

V razvitem svetu delež starejših oseb skokovito narašča. V ZDA, kjer je trenutno vsak osmi Američan starejši od 65 let, predvidevajo, da se bo delež starejše populacije v naslednjih dveh desetletjih povečal na 34 %. Tudi v Sloveniji se delež starejše populacije nenehno povečuje. Slovenska populacija se stara. K staranju populacije prispeva podaljševanje življenjske dobe in zmanjševanje rodnosti. V zadnjem stoletju se je v večini evropskih držav življenjska doba podaljšala za več kot 50 % (United Nations, 2002).

Za starost je značilno pogostejše pojavljanje in kopičenje kroničnih 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 (Poredoš, 2004).

V mesecu marcu 2011 se je z odprtjem Negovalnega oddelka v Ljubljani začelo izvajanje programa neakutne zdravstvene obravnave. Negovalni oddelek je namenjen tistim pacientom, pri katerih obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih ali terapevtskih postopkov ali posegov, potrebuje pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo. Cilj je predvsem izboljšanje bolnikove sposobnosti za samooskrbo oz. predstavlja neko pripravljalno obdobje za vrnitev nazaj v domače okolje, v dom starejših občanov ali rehabilitacijsko ustanovo. Negovalni oddelek naj bi zapolnil vrzel med sekundarno in primarno zdravstveno obravnavo in omogočil celostno ter bolj kakovostno obravnavo bolnikov. Na Negovalni oddelek Ljubljana se na podlagi pisne vloge sprejema pacienti izključno z oddelkov Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za prehodno obdobje, ki naj ne bi presegalo mesca

dni. Za učinkovito obravnavo in reševanje pacientovih problemov je potrebno multidisciplinarno timsko delo. Poleg negovalnega osebja, zdravnika in socialne delavke predstavljata pomemben del tima fizioterapevti in delovni terapevti (Peternelj in Šorli, 2004; Oražem, 2011).

Člani rehabilitacijskega tima komunicirajo s člani različnih zdravstvenih, negovalnih, socialnih in vzgojnih timov. Osnova komuniciranja v timu je razumevanje posredovanih diagnostičnih in drugih podatkov ter posredovanje dokumentiranih podatkov o rezultatih merjenj in opazovanj, doziranju terapije in bolnikovem odzivanju, učinkovitosti izbranih metod dela in rezultatih. Za realizacijo svojega dela prevzemajo odgovornost skladno s cilji tima (Uradni list RS št. 9/92).

Kompleksno delo fizioterapevta temelji na skrbni in kontinuirani oceni stanja. Na osnovi ocene funkcij sistemov in osebnostnih značilnosti pacienta fizioterapevt sestavi fizioterapevtski program, ki zajema logično uporabo metod gibalne terapije in fizikalnih energij, s katerimi vzpodbuja ali inhibira fiziološke mehanizme in vzpostavlja njihovo funkcionalno ravnovesje (Uradni list RS št. 9/92).

Primarni cilj delovne terapije na Negovalnem oddelku je usposobiti paciente za participacijo v aktivnostih vsakodnevnega življenja. Ta cilj delovni terapevt dosega tako, da pacientom omogoča opravljati aktivnosti, s katerimi bodo povečali svoje sposobnosti ali s prilagoditvijo okolja za boljšo podporo participaciji v vsakodnevni aktivnostih (Zdravstvena fakulteta, 2012).

2. NAMEN

Namen strokovnega članka je predstaviti in ovrednotiti podatke, pridobljene v obdobju štirih mesecev. Podatki vključujejo oceno funkcionalnega stanja pacienta ob sprejemu in odpustu z Negovalnega oddelka in kažejo na napredek v smislu rehabilitacije.

3. METODE DELA

Preverili smo medicinsko dokumentacijo vseh pacientov, ki so pričeli in zaključili rehabilitacijo na Negovalnem oddelku v obdobju od 1. 9. 2011 do 31. 12. 2011. Zbrali smo podatke o funkcijskem stanju pacientov, in sicer o sposobnostih obračanja v postelji, posedanju preko roba postelje, sedenju, transferju na invalidski voziček, stoje in hoje.

4. REZULTATI

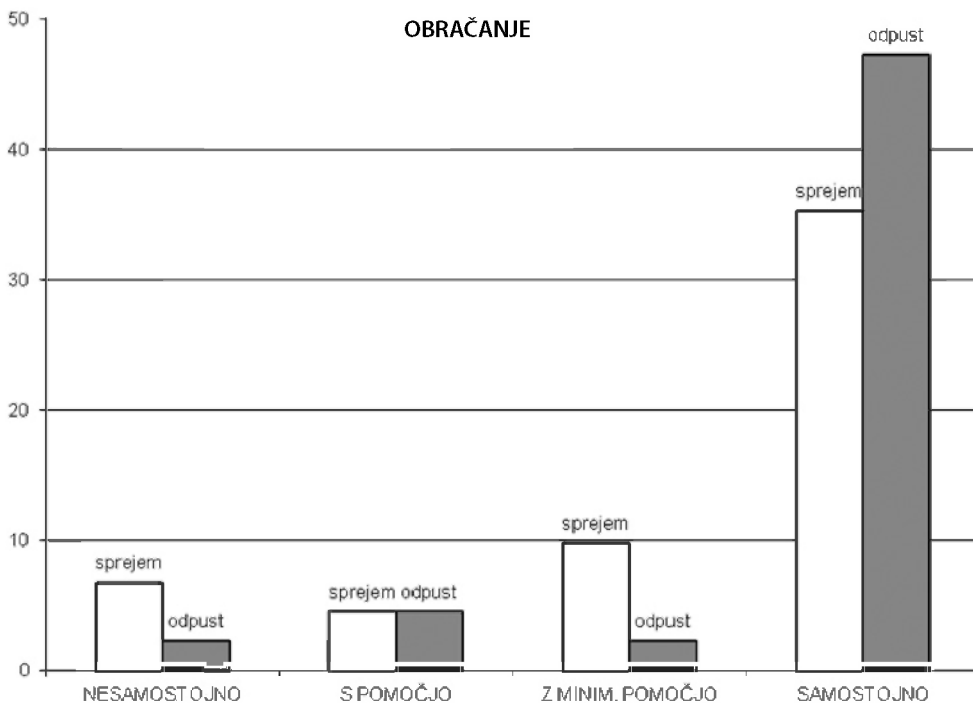
V štirih mesecih, od septembra 2011 do konca leta 2011, smo na Negovalnem oddelku obravnavali 75 pacientov.

Med sprejetimi so prevladovali pacienti z Nevrološke (33 %) in s Travmatološke klinike (31 %). Sledili so pacienti s Kliničnega oddelka za kardiologijo (5 %), Ortopedske klinike (5 %), Kliničnega oddelka za kirurške infekcije (3 %), Infekcijske klinike (3 %), Kliničnega oddelka za revmatska obolenja (3 %), Centra za vojne veterane (3 %), Kliničnega oddelka za nevrokirurgijo (3 %) in po 1 % z Dermatološke klinike, Kliničnega oddelka za diabetes, Kliničnega oddelka za žilne bolezni, Kliničnega oddelka za urologijo ter Kliničnega oddelka za gastroenterologijo.

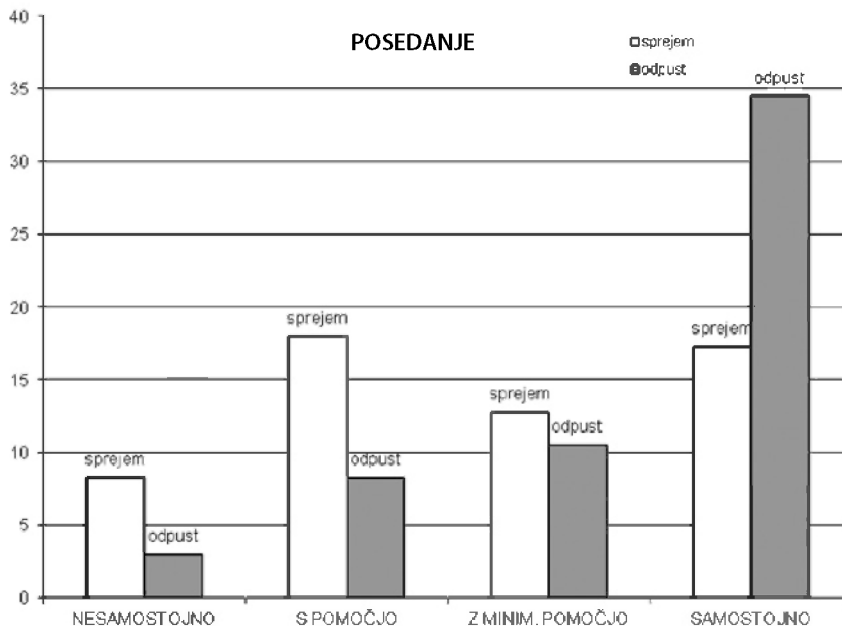
Večina pacientov (48 %) je bilo ob odpustu z Negovalnega oddelka odpuščenih v dom starejših občanov, 33 % v domačo oskrbo, 7 % v zdravilišče, 4 % v Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, 1 % v HOSPIC, 1 % v Psihiatrično kliniko Polje, 5 % pa je bilo premeščenih na druge oddelke Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Na podlagi zbranih podatkov, ki vključujejo oceno funkcijskega stanja pacientov ob sprejemu in odpustu z Negovalnega oddelka, smo uspeh rehabilitacije prikazali v obliki grafov. Ocena funkcijskega stanja je zajemala sposobnost obračanja v postelji, posedanja preko roba postelje, sedenja, transferja v invalidski voziček, stoje in hoje.

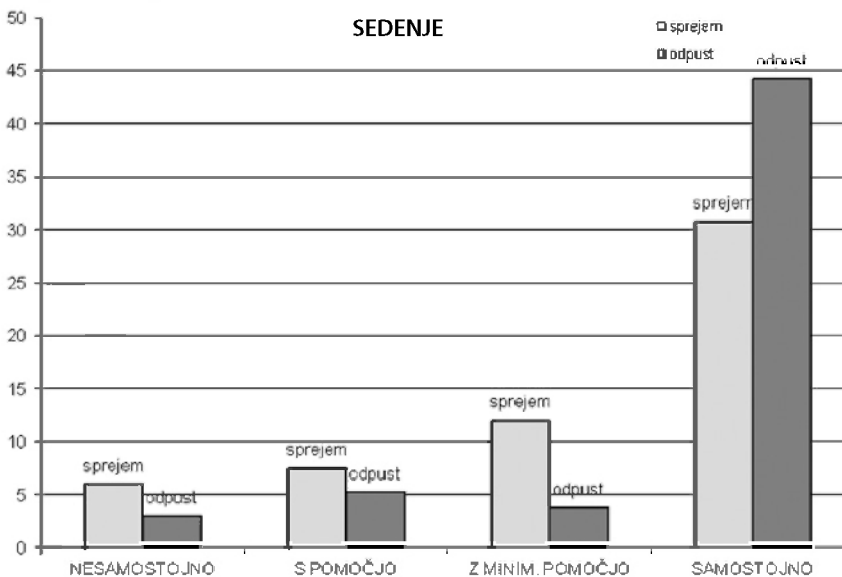
Graf 1: Obračanje v postelji



7 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih obračanja v postelji, 5 % je pri obračanju potrebovalo pomoč, 10 % minimalno pomoč, 35 % jih je bilo pri obračanju samostojnih. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 2 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč se odstotek ni spremenil (5 %), minimalno pomoč pa je potrebovalo le 2 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so se samostojno obračali v postelji, je narasel na 47 %.

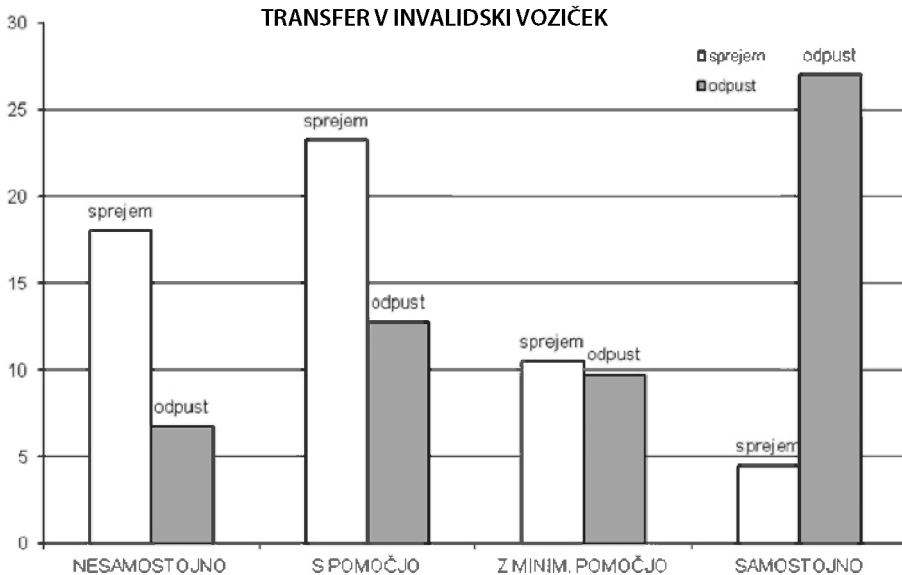
Graf 2: Posedanje preko roba postelje

8 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih posedanja preko roba postelje, 18 % pacientov je pri posedanju potrebovalo pomoč, 13 % minimalno pomoč, 17 % pa je bilo pri posedanju samostojnih. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 3 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč, se je zmanjšal za 10 %, minimalno pomoč je potrebovalo 11 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so se samostojno posedli preko roba postelje, pa je narasel na 35 %.

Graf 3: Sedenje

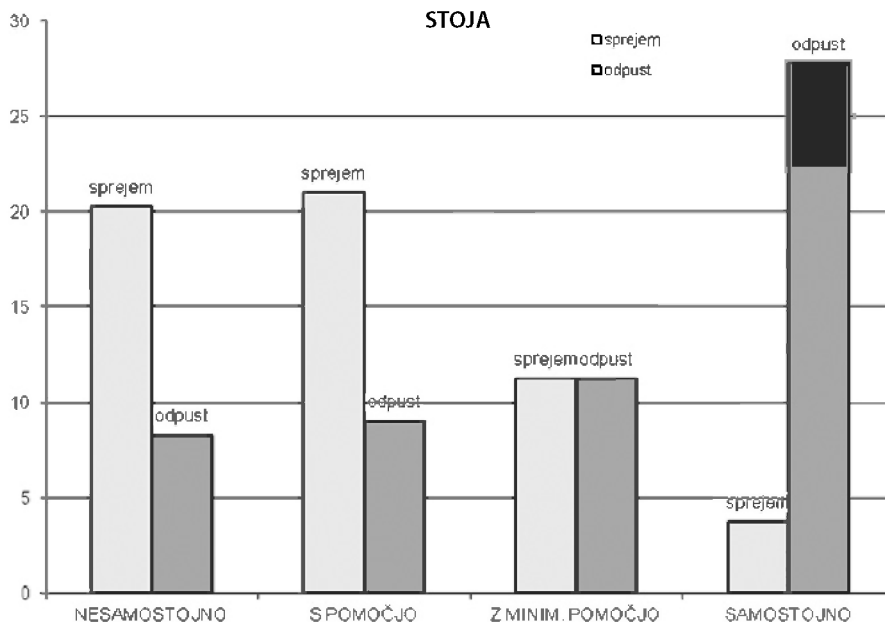
6 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih sedenja, 8 % je pri sedenju potrebovalo pomoč, 12 % minimalno pomoč, 31 % jih je samostojno sedelo. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 3 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč na, 5 %. Minimalno pomoč je potrebovalo 4 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so samostojno sedeli, pa je narasel na 44 %.

Graf 4: Transfer na invalidski voziček



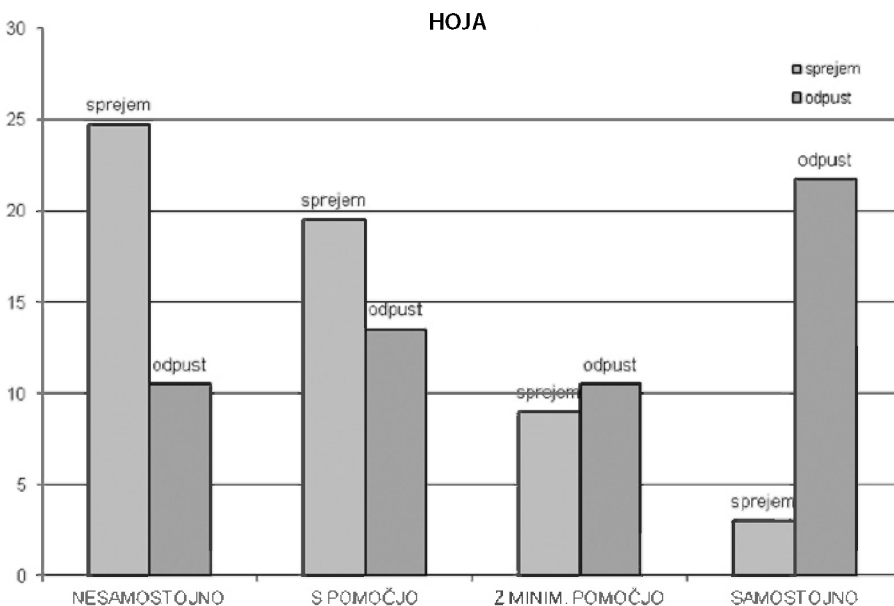
18 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih izvesti transferja na invalidski voziček, 23 % je pri transferju potrebovalo pomoč, 11 % minimalno pomoč, le 5 % pa jih je bilo sposobnih samostojnega transferja na invalidski voziček. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 7 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč, se je odstotek zmanjšal za 10 %. Delež pacientov, ki so potrebovali minimalno pomoč, se ni bistveno spremenil (1 %). Samostojni transfer je izvedlo kar 22 % več pacientov (27 %).

Graf 5: Stoja



20 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih stoje, 21 % je pri stoji potrebovalo pomoč, 11 % minimalno pomoč, 4 % pacientov je bilo sposobnih samostojne stoje. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 8 %, pomoč je potrebovalo 9 %, delež pacientov z minimalno pomočjo je ostal enak (11 %). Samostojna stoja pa je bila možna kar pri 28 % pacientov.

Graf 6: Hoja



25 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih hoje. 20 % je pri hoji potrebovalo pomoč, 9 % minimalno pomoč, le 3 % pacientov je hodilo samostojno. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 11 %, tistih, ki so potrebovali pomoč, na 14 %. Za 2 % je narasel delež pacientov, ki so potrebovali minimalno pomoč, prav tako pa je narasel delež tistih, ki so samostojno hodili (22 %).

5. RAZPRAVA

Negovalni oddelek običajno predstavlja nadaljevanje rehabilitacije po akutni fazi obolenja oz. poškodbe. Možganske kapi in zlomi kolka so med najpogostejšimi obolenji/poškodbami, ki potrebujejo dolgotrajnejšo rehabilitacijo, zato ne preseneča, da na Negovalni oddelek prihaja največ pacientov z Nevrološke in Travmatološke klinike. Da bi se pacienti s tovrstnimi obolenji/poškodbami ustrezno rehabilitirali in se vrnil v stanje pred boleznijo/poškodbo, ne zadostuje le rehabilitacija v akutni fazi, temveč je izredno pomembno, da se začetna rehabilitacija kontinuirano nadaljuje na Negovalnem oddelku.

Dejstvo, da je skoraj polovica pacientov z Negovalnega oddelka odpuščenih v domove starejših občanov, ni nujno povezano z izidom rehabilitacije, ampak tudi s socialnimi razmerami v domačem okolju. Kot je razvidno iz rezultatov, je le manjši delež pacientov primernih za nadaljevanje rehabilitacije v zdravilišču oz. Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča (11 %). Zdravilišča in rehabilitacijski inštitut imajo namreč visoke sprejemne kriterije, katere pa populacija pacientov na Negovalnem oddelku težko doseže.

Na zgoraj prikazanih grafih lahko vidimo, da se je pri vseh funkcionalnih sposobnostih pacientov kazal napredek v rehabilitaciji. Če se osredotočimo samo na oceno samostojnosti ob sprejemu in odpustu pri posameznih aktivnostih, je razvidno, da se je pri sposobnosti obračanja v postelji odstotek samostojnosti povečal za 12 %. Pri posedanju preko roba postelje je bilo pri odpustu 18 % več pacientov sposobnih popolnoma samostojno izvesti to aktivnost ob zaključku hospitalizacije. Samostojno sedenje je ob odpustu obvladalo 13 % več pacientov kot na začetku. Samostojno sedenje smo definirali kot aktivno sedenje preko roba postelje ali na stolu daljši čas (eno uro in več) brez nevarnosti za padec. Bistveno se je povečal delež pacientov, ki so bili ob zaključku rehabilitacije sposobni izvesti samostojen transfer na invalidski voziček, in sicer kar za 22 %. Najbolj zahtevni funkcionalni aktivnosti zagotovo predstavljata stoja in hoja. To je razvidno tudi iz podatkov, da je bilo ob sprejemu samostojne stoje sposobnih 4 % pacientov, ob odpustu pa kar 28 %. Ravno tako je bilo ob sprejemu samostojne hoje sposobnih le 3 % pacientov, ta delež pa je ob odpustu narasel na 22 %. Ravno samostojna hoja, s pripomočki ali brez, predstavlja večini pacientov največji dosežek rehabilitacije, saj jim to omogoča neodvisnost.

Cilj rehabilitacije je bil, da se tekom hospitalizacije pacientom povrne sposobnosti, ki so jih imeli pred nastopom bolezni/poškodbe. Pokretnost pred boleznijo/poškodbo je bila ugotovljena iz anamneze pacientov oz. njihovih svojcev, vendar ti podatki niso zajeti v našem članku. Precejšen delež pacientov že pred boleznijo/poškodbo, zaradi katere so bili hospitalizirani, ni bilo sposobnih samostojno izvesti zahtevnejših funkcionalnih sposobnosti (npr. hoje).

Za končni uspeh rehabilitacije je pomembno individualno načrtovanje obravnave pacienta. Na Negovalnem oddelku deluje multidisciplinarni tim, katerega del sta dva fizioterapevta in ena delovna terapevtka.

Fizioterapevtska obravnava se začne z začetno oceno funkcionalnega stanja prej omenjenih sposobnosti, nadaljuje s postavitvijo ciljev in načrtovanjem terapije. Terapija temelji predvsem na kinezioterapiji in učenju samostojnega izvajanja funkcionalnih aktivnosti. Glavni cilj fizioterapevtske obravnave je doseči čim večjo stopnjo samostojnosti pri gibanju. Fizioterapevtski program na splošno zajema naslednje faze: mobilizacijo v postelji, poseadanje, vertikalizacijo in hojo. Pri tem si v medfazah pomagamo z različnimi pripomočki, kot so posteljni nasloni, vozički, dvigalo, trapez, hodulje in bergle. Fizioterapija je pri vseh pacientih usmerjena v preprečevanje zapletov, zmanjševanje telesnih okvar, učenje kompenzatornih tehnik v primeru trajnih telesnih okvar, zmanjševanje bolečin, preprečevanje kontraktur in preležanin. V vseh primerih je fizioterapija usmerjena tudi v ohranjanje oz. povečevanje mišične moči in gibljivosti vseh sklepov ter izboljšanje kardiorespiratorne sposobnosti pacientov.

Bolezni in poškodbe mišično-kostnega sistema so med najpogostejšimi patologijami na oddelku (zlomi kolka, ramenskega sklepa, komolca, hrbtenice itd.). Pri aktivaciji teh pacientov smo pozorni na navodila travmatologa glede omejitev gibanja in obremenjevanja poškodovanih struktur oz. upoštevamo splošna načela, ki veljajo tako pri konzervativnem kot tudi operativnem zdravljenju.

Bolezni ožilja in živčevja, kot so cerebrovaskularni insult, različne možganske krvavitve, parkinsonizem, polinevropatije, periferne žilne bolezni in posledično amputacije udov, zahtevajo specifično rehabilitacijo. Pri nevroloških pacientih želimo z rehabilitacijo gibalno disfunkcijo čimbolj zmanjšati. Uporabljajo se različni fizioterapevtski postopki, ki temeljijo na različnih nevrorazvojnih principih, reedukaciji motoričnih vzorcev in rehabilitaciji gibalnega sistema. Pri pacientih po amputacijah smo osredotočeni na to, da pacienta pripravimo vsaj do te mere, da zadostuje kriterijem za sprejem na nadaljnjo protetično rehabilitacijo v URI Soča. Potrebno je zagotoviti primerno kardiovaskularno sposobnost pacienta, primerno obliko krna s kompresijskim povijanjem in preprečevati kontrakture z učenjem pravih položajev in vaj (Turk, Jesenšek Papež, Turk, 2008).

Delovnoterapevtska obravnava se začne z začetno oceno samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Za začetno in končno oceno se uporablja Razširjeni Barthel indeks, ki vključuje fizični in kognitivni del. V oceno so vključene predvsem osnovne dnevne aktivnosti, kot so hranjenje, osebna higiena, oblačenje, transfer in vožnja z invalidskim vozičkom. Sledi postavitve kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, katerih realizacija se ob zaključku obravnave dokumentira. Ko so cilji obravnave postavljeni, se izvaja obravnava, ki zajema učenje in trening tistih aktivnosti, ki so pomembne in smiselne za vsakega posameznika. Pri tistih pacientih, ki niso mobilni, pride v poštev tudi učenje transferja in vožnja z invalidskim vozičkom. Ker tretjina pacientov ob odpustu odhaja v domače okolje, je pomembno tudi delo s svojci. Velikokrat potrebujejo nasvete glede terapevtskih pripomočkov, funkcioniranja v domačem okolju ali pa prilagoditev le-tega.

6. ZAKLJUČEK

Ker imamo vsi samo eno življenje in ker večina rada živi, moramo narediti vse, da tudi starostnika ohranimo pri življenju, če le bolezensko stanje dopušča možnost, da bo tak starostnik živel približno tako kakovostno življenje, kot ga je živel, preden je zbolel (Fortuna, 2007). To je vodilo rehabilitacijskega tima na Negovalnem oddelku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, saj so na oddelku večinoma hospitalizirani starostniki, ki zaradi različnih obolenj/poškodb potrebujejo rehabilitacijo in nego.

Rezultati, ki so predstavljeni v članku, bi bili bistveno boljši, če bi bili osredotočeni samo na paciente, ki imajo boljši rehabilitacijski potencial. Tako so v Angliji, v času, ko ni ustreznih sredstev za vse zdravstvene storitve, rehabilitacijski timi pripravili merila za opredelitev tistih pacientov, ki so sposobni sodelovati in pri katerih se pričakuje dober izid (Wade, 2003).

V avstralskem sistemu zdravstvenega varstva ima rehabilitacija na neakutnih oddelkih veliko vlogo in zagotavlja dragocen prispevek k zdravljenju pacientov. Kljub temu pa obstaja veliko nejasnosti okrog tega, kaj je neakutna obravnava, kako se razlikuje od akutne obravnave ali druge dolgoročne oskrbe (Poulos, Eagar, 2007).

V rehabilitaciji je morda najlažje izbrati pristop ali model, s katerim se bo začela obravnava, še vedno pa obstaja neskladje, ko gre za izbiro pacienta, ki je primeren za rehabilitacijo.

ZAHVALA

Pri zbiranju, obdelavi in oblikovanju statističnih podatkov nam je bila v veliko pomoč naša sodelavka, zdravstvena administratorica, Darja Kocelj Efremov, kateri se iskreno zahvaljujemo za njen trud in potrpljenje.

LITERATURA

- Fortuna M. (2007). Staranje, starost in zdravljenje. Glasilo zdravniške zbornice Slovenije, Strokovna revija ISIS, letnik 16, št. 4, str. 64,65.
- Oražem V (2011). Negovalna bolnišnica. V: <http://www4.kclj.si/index.php?tid=12349&o=1>, (sprejem: 17.1.2012).
- Peternej A., Šorli J. (2004). Neakutna obravnava-nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav Vestn., letnik 73, št. 10, str. 743-748.
- Poredoš P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. Zdrav Vestn., letnik 73, št. 10, str. 753-756.
- Poulos J. C., Eagar K. (2007). Determining appropriateness for rehabilitation or other subacute care: Is there a role for utilisation review? Aust New Zealand Health policy vol.4, V: <http://www.biomedcentral.com/1743-8462/content/4/1/3>.
- Turk Z., Jesenšek Papež B., Turk E (2008). Specifičnost rehabilitacije starostnikov. Zdrav Vestn., letnik 77, št. 12, str. 833-838.
- United Nations (2002). World population aging 1950–2050. New York: United Nations: 1-484. V: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.
- Uradni list RS št.9/92. V: http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/Fizioterapija/03_Lik_FT.pdf (sprejem, 18.1.2012).
- Wade D.T. (2003). Selection criteria for rehabilitation services. Clin.Rehabil, letnik 17, št. 2, str. 115-118.
- Zdravstvena Fakulteta (2012). Predstavitev študijskega programa. V: <http://www2.zf.uni-lj.si/si/1stopnja-2-2-1/delovna-terapija-2-2-1-2/predstavitev-studijskega-programa-2-2-1-2-1> (sprejem: 18.1.2012).

Kontaktne naslov avtorjev:

Negovalni oddelek UKC Ljubljana,

Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana

(E-mail: dejan.kocijan@kclj.si).

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Persad C. C., Cook S. in Giordani B. (2010). *Assessing falls in the elderly: should we use simple screening test or a comprehensive fall risk evaluation?* V: *European journal of physical and rehabilitation medicine*, letnik 46, št. 2, str. 249–259. Dostopno na: <http://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medico-physics/article.php?cod=R33Y2010N02A0249> (sprejem 13. 9. 2011)

OCENE TVEGANJA ZA PADCE PRI STAREJŠIH

Tveganje za padce se s starostjo večja, sočasno pa se večajo tudi obolevnost, umrljivost in stroški zdravljenja, kar vpliva na kvaliteto življenja. Padci pri starejših so povezani z resnimi posledicami, kot so zlomi in poškodbe glave, in so vodilni vzrok invalidnosti v tej starostni skupini. Dosedanja literatura navaja številne dejavnike tveganja za padce, med drugimi starost, zgodovino padcev, nestabilnost pri hoji in ravnotežju, mišično šibkost, slabši vid, artritis, depresijo, jemanje tablet in otežkočeno opravljanje vsakdanjih aktivnosti.

Predstavljeni pregled literature prikazuje orodja za klinično oceno tveganja za padce. Vrste teh orodij lahko razdelimo v tri prevladujoče skupine. Prva vključuje posebne vprašalnike, ki se omejujejo na zgodovino doživetih padcev. Gre za eno izmed najbolj enostavnih orodij, vprašalnike pa lahko izpolnjuje starostnik sam, zdravnik ali drugi zdravstveni delavci. Slabost takšnih vprašalnikov je v tem, da nudijo le minimalen vpogled v etiologijo padcev. Druga skupina vključuje orodja za odkrivanje dejavnikov tveganja za padce na podlagi posamezne naloge, ki preverja enega ali dva predvidoma pomembna vidika hoje in ravnotežja. Ugotavljanje

sposobnosti za opravljanje posameznih nalog nam vzame le malo časa, poleg tega pa potrebujemo tudi zelo malo opreme. Tretja skupina pa združuje tako pacientovo anamnezo kot izvajanje posebnih nalog in s tem nudi boljši vpogled v dejavnike tveganja za padce.

Vprašalniki oziroma ocenjevalne lestvice za odkrivanje dejavnikov tveganja za padce. Številni zdravstveni delavci in raziskovalci ocenjujejo tveganje za padce na podlagi števila padcev, ki jih je starostnik doživel v določenem časovnem okviru, npr. v zadnjih šestih mesecih. Ob tem lahko zberejo podatke o frekvencah padcev, okoliščinah, pri katerih je do padcev prišlo, in o resnosti pridruženih se poškodb. Tak pristop je lahko zelo uporabna metoda za odkrivanje posameznikov, pri katerih je povečano tveganje za padce, saj so predhodni padci močan napovedni dejavnik za padce v prihodnosti. Ena izmed slabosti te metode pa je, da na tak način ne moremo odkriti tistih posameznikov, ki v anamnezi nimajo predhodnih padcev, a je pri njih vseeno prisotno povečano tveganje. Poleg preprostih vprašanj »Ali ste že kdaj padli?« so znanstveniki izoblikovali tudi standardizirane vprašalnike. Eden izmed takšnih je vprašalnik, imenovan Ocenjevalna lestvica za tveganje za padce pri starejši populaciji v skupnosti (*FROP-Com*). Vprašalnik je sestavljen iz 26 sklopov, ocenjuje pa 13 glavnih dejavnikov tveganja za padce. Skupen seštevek točk znaša od 0 do 60, s tem da predstavljajo višje vrednosti večje tveganje za padce. Za izpolnitev vprašalnika dodatna oprema ni potrebna, vzame nam pa od 10 do 15 minut časa. *FROP-Com* vprašalnik so preizkusili v raziskavi, v katero so vključili 344 doma živečih starejših ljudi, ki so prišli v urgentno

službo zaradi padca. Ugotovili so, da *FROP-Com* vprašalnik napove možnost padca v prihodnosti s 66 % natančnostjo in je dokazano bolj natančen kot časovno omejen »Vstani in hodi« test. Natančnost ocene tveganja, narejene na podlagi podobnih vprašalnikov, je odvisna od zanesljivosti starostnikovih odgovorov. Možno je, da si starostniki ob reševanju vprašalnika v spomin priključijo le bolj resne padce, tiste manjše, manj nevarne pa spregledajo. Ta problem je še posebej izrazit, če posameznik trpi za katero izmed oblik kognitivnega upada ali ima težave s spominom. Poleg tega ima lahko vsak človek svojo predstavo o tem, kaj padeč sploh je.

Ocena tveganja za padce, narejena na podlagi uspešno ali manj uspešno opravljene naloge. Orodja v tej skupini so za uporabo dokaj enostavna, vzamejo malo časa in ne zahtevajo dodatne opreme.

Stanje na eni nogi (ang. *one leg stand, OLS*) poda oceno o stabilnosti v stoječem položaju. Izvedba testa je enostavna, časovno in stroškovno učinkovita in ne zahteva posebne opreme. V literaturi se pojavljajo različne izvedbe, odvisne od tega, katero nogo izberemo, ali ima preiskovanec zaprte oči, koliko časa mora stati na eni nogi, koliko ponovitev mora narediti ... Zaradi različnih načinov izvedbe naloge pa je težko primerjati rezultate podobnih študij. Natančnost napovedi tveganja za padce na podlagi tega testa med različnimi študijami dosega precej različne vrednosti, nekatere raziskave pa kažejo, da naj bi bili za padce bolj ogroženi tisti starostniki, ki so zmogli stati na eni nogi krajši čas.

Test dosega (ang. *functional reach test, FRT*) ocenjuje stabilnost telesa ob merjenju razdalje dosega, ko skuša posameznik z dominantno roko seči čim dlje, ne da bi odmaknil stopala od tal. Od opreme potrebujemo le merilni trak. Ugotovili so, da je razdalja dosega manjša pri ljudeh, ki so bolj ogroženi za padce (manj kot 15 cm). Čeprav se ta metoda zdi uporabna za odkrivanje starostnikov s povečanim tveganjem za padce,

obstajajo drugi dejavniki tveganja, ki tveganje za padce bolj natančno predvidijo (nestabilnost v stoječem položaju, depresija, zgodovina padcev). Ta test po 1 letu izgubi svojo napovedno moč.

Petkratno zaporedno vstajanje s stola (ang. *five times sit to stand, FTSS*). Pregled obstoječe literature jasno pokaže, da je šibkost mišic nog eden izmed najmočnejših dejavnikov tveganja za padce pri starejši populaciji. Pri tej metodi mora starostnik čim hitreje petkrat zaporedoma vstati in sedeti nazaj na stol s prekrižanimi rokami na prsih. Čas opravljanja naloge se meri. Test je za klinično prakso lahko manj uporaben, saj je za večino starejših ljudi pretežak. Raziskave so pokazale, da je *FTSS* test boljši napovedni dejavnik za padce, kot sta testa »Vstani in hodi« ter *OLS*.

Testi za oceno tveganja za padce na podlagi korakanja. Razvitih je bilo kar nekaj testov korakanja za oceno ravnotežja pri odrasli populaciji. Posameznik mora kolikor zmore hitro narediti nekaj korakov in se vrniti na izhodiščno točko, smer in čas pa se med različicami razlikujeta. Testi, ki upoštevajo le en korak, niso dobri napovedniki pojavnosti padcev. »Test korakov na štirih kvadratnih metrih« (ang. *four-square step test, FSST*) se je izkazal kot boljši napovedni dejavnik. Posamezniki morajo pri tem testu menjavati smeri v naprej predpisanem vrstnem redu, tako da stopajo naprej, nazaj in vstran. Naloga se dvakrat časovno meri, upoštevamo pa najboljši rezultat. Test se ponovi, če posameznik ne upošteva vrstnega reda ali izgubi ravnotežje. Povprečno traja test pet minut. »Test dolžine koraka« se je izkazal kot dobra ocena sposobnosti gibanja in pojavnosti padca. Starostnik prekriža roke na prsih in naredi korak, tako da premakne eno nogo toliko naprej, kolikor zmore, in jo zadrži v tej poziciji, druge noge pa sploh ne premika. Izmerimo dolžino koraka, nato se vrne v začetno pozicijo.

Pri časovno omejenem testu »Vstani in hodi« izmerimo čas, ko starostnik vstane s stola brez pomoči rok, prehodi tri metre, se obrne in zopet

sede na stol. Nekatere raziskave so pokazale, da so ljudje, ki so za padce bolj ogroženi, počasnejši, spet druge pa omenjene povezave niso opazile.

Sestavljena ocena tveganja za padce, narejena s pomočjo vprašalnikov in uspešnosti izvedene ene ali več nalog. Bolj celovito oceno tveganja za padce predstavljajo orodja, s katerimi ovrednotimo več parametrov, kot so npr. hoja, ravnotežje in zgodovina padcev. Večina spodaj predstavljenih metod vključuje le eno specifično nalogo, ki jo mora starostnik opraviti in vprašalnik. Uporaba celovitejšega pristopa nudi več informacij glede morebitne prisotnosti tveganja za padce pri posamezniku, ob tem pa daje vpogled v etiologijo padcev pri starejši populaciji. Vendar pa te metode zahtevajo več časa, pogosto tudi dodatno opremo, kar jih naredi manj privlačne za uporabo.

Ocena mobilnosti pri usmerjenem delovanju (ang. *performance oriented mobility assessment, POMA*) ocenjuje tako hojo kot ravnotežje. Za izvedbo testa je potrebne zelo malo opreme. Na posebni lestvici se vsaka naloga posebej oceni, in sicer kot normalna/prilagojena ali nenormalna. Skupen seštevek doprinese največ 40 točk, višji rezultati govorijo o boljši pripravljenosti. Ocena ravnotežja vključuje: sedenje, vstajanje s stola, ravnotežje v stoječem položaju, ravnotežje, ko ima pacient zaprte oči, ravnotežje pri vrtenju, ravnotežje na eni nogi, upogib, izteg rok nad glavo, izteg rok nazaj, na koncu pa se mora starostnik še usesti na stol. Ocena hoje pa vsebuje: hojo, višino, dolžino in simetrijo koraka, odklon iz začrtane poti pri hoji, stabilnost trupa, držo in obračanje med hojo. Raziskave dokazujejo, da ima POMA le zmerno napovedno moč za dejavnike tveganja za padce.

Bergova ravnotežna lestvica temelji na sposobnosti uspešno opraviti 14 nalog, ki naj bi predstavljale 14 tipičnih dnevnih aktivnosti (stoja na eni nogi, vstajanje s stola brez pomoči rok, obrat za 360 stopinj). Seštevek posameznih kategorij doprinese 56 točk, doseženih manj kot 45 točk

pa pokaže na tiste posameznike, ki imajo večje tveganje za padce. Test se je izkazal kot dober napovednik pri ljudeh, ki so institucionalizirani, medtem ko naj bi bil pri starostnikih, živečih v domačem okolju, precej vprašljiv.

Test dinamike hoje (ang. *dynamic gait index, DGI*) ocenjuje spremembe pri hoji, katere povzročimo s spremembo hitrosti, obračanjem glave, obračanjem celotnega telesa, pri umikanju oviram in hoji po stopnicah. Test se je izkazal za dober napovednik pri ocenjevanju tveganja za padce, še posebej pri starejših.

V prihodnosti bodo znanstveniki na podlagi raziskav mobilnosti verjetno izdelali bolj natančne in zanesljive pristope za identifikacijo starostnikov z višjim tveganjem za padce. Pomemben sklep večine opravljenih raziskav je, da so dejavniki tveganja za padce večplastni. Tveganje za padce se tako zelo poveča, ko je pri posamezniku prisotnih več dejavnikov tveganja. Stalenhoef in sodelavci so ugotovili, da kombinacija padcev v preteklosti, nenormalnega nihanja telesa v stoječem položaju, moči stiska roke in depresije najboljše napove možnost padcev v prihodnosti. Čeprav lahko fiziološki dejavniki (oslabljen vid, sluh ...) močno povečajo posameznikovo tveganje za pojav padca, ne smemo zanemariti tudi drugih vidikov, kot je kognitivno delovanje. Okrnjeno kognitivno delovanje namreč dokazano povečuje tveganje za padce. Bolniki z Alzheimerjevo boleznijo nimajo samo višjega tveganja za padce, ampak so posledice padca pri njih pogosto bolj resne kot pri starostnikih, ki nimajo te bolezni. Tveganje za padce narašča tudi z napredovanjem demence. Novejše raziskave so ugotovljale vpliv razpoloženja na pojavnost padcev. Ljudje, ki trpijo za depresijo, imajo pogosto spremenjen način hoje (upočasnjena, zmanjšajo velikost koraka), zato je dokazano, da so takšni starostniki bolj ogroženi za pojavnost padcev. Tudi jemanje antidepresivov in nervoznost oziroma zaskrbljenost povečajo tveganje za padce. Po drugi strani pa lahko večje število predhodnih

padcev povzroči izbruh simptomov depresije in anksioznosti pri starejših, kar vpliva na kvaliteto življenja in lahko vodi do spremenjenih načinov hoje. Mnogo starejših, ki je že doživelo padec, se boji ponovitve le-tega, zato se izogibajo telesni aktivnosti, kar pa sčasoma zmanjša mišično maso in gibljivost, to pa spet vodi v začaran krog padcev.

V sklepnem delu raziskave avtorji priporočajo, naj bi bila pri vsakem starejšem pacientu narejena anamneza padcev v zadnjem letu. Pri pacientih, ki so doživeli enega ali več padcev, naj bi obravnavo nadaljevali s preverjanjem zmožnosti vstati s stola brez pomoči rok, priporočajo pa se tudi »Vstani in hodi« test. Nadaljnja obravnava je potrebna pri tistih starostnikih, pri katerih so izidi predlaganih testov pokazali na odklone od normale. Padci pri starejših se do neke mere lahko preprečujejo, zato si v ambulantah zdravstvenih delavcev zaslužijo posebno pozornost.

Tina Lipar

Novak Tatjana (2011). Vpliv telesne vadbe na kvaliteto življenja starostnikov. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta

VPLIV TELESNE VADBE NA KVALITETO ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV

Vprašanje kakovosti življenja starejših ljudi je v sedanjem času gotovo zanimivo, predvsem pa aktualno vprašanje za raziskovalce z različnih strokovnih in znanstvenih področij. Kako živeti čim dlje in čim bolj kakovostno, sta vprašanji, ki si jih zastavljajo številni strokovnjaki in raziskovalci. Navedena avtorica je v dlje trajajoči raziskavi iskala odgovore na vprašanja, v kolikšni meri je redna, programirana in prilagojena športna vadba povezana s kakovostjo življenja starejših ljudi.

Raziskava je postavljena v čas, ko se življenjska doba nasploh in tudi v Sloveniji zaradi številnih razlogov nenehno in vidno podaljšuje. Pričakovana povprečna življenjska doba moških

je 75 let in žensk nad 80 let (str. 1), kar zavezuje posamezne strokovne, raziskovalne in družbene institucije k ustreznemu ukrepanju. Po podatkih iz leta 2009 naj bi bilo v Sloveniji leta 2020 19 % ljudi, starejših od 65 let (str. 2). Višja starost prinaša s seboj številne, predvsem zdravstvene probleme. Njihovo reševanje, ki v veliki meri poteka v okviru gerontologije kot temeljne vede, ki se ukvarja s preučevanjem staranja in starostnih pojavov, lahko veliko pripomore k vsebinsko polnejšemu življenju.

Na osnovi dosedanjih spoznanj redna gibalna in športna dejavnost veliko pripomoreta k ohranjanju vitalnih funkcij starejših ljudi, njihovih prilagoditvenih sposobnosti in biopsihosocialnega ter duševnega in duhovnega ravnovesja. Posledično pa lahko veliko prispevata tudi h kakovosti življenja v različnih obdobjih staranja (zgodnje starostno obdobje od 65 do 74 let, srednje starostno obdobje od 75 do 84 let, pozno starostno obdobje od 85 do 99 let in zelo staro obdobje nad 100 let (str. 1)).

Funkcionalna sposobnost 70-letnika je lahko zaradi vsakodnevne vadbe tako ohranjena, da se sploh ne razlikuje od funkcionalne sposobnosti 45-letnika (str. 2). V zvezi z ohranjanjem zdravja starejših ljudi in skladno z geslom Združenih narodov (1999), dodati življenje letom, ki so bila dodana življenju (str. 1), se v zadnjem obdobju veliko pozornost namenja prav rednemu in sistematičnemu ukvarjanju starejših ljudi z različnimi gibalnimi in športnorekreativnimi aktivnostmi.

V uvodnem delu raziskave so predstavljena temeljna spoznanja o starosti in starostnih pojavih, ki jih obravnava gerontologija (temelje te socialno-medicinske znanosti je leta 1981 postavil Accetto) in jih morajo pri slehernem preučevanju upoštevati raziskovalci tudi z drugih znanstvenih področij. Tako je razgrinjanje teoretičnih podlag v študiji, ki jo navajamo, smiselno. Temeljna vprašanja, zakaj se staramo in kako je mogoče globlje prodreti v starostne procese, so postavljena zato, da bi te procese bolje razumeli

in da bi jih z različnimi sredstvi lahko upočasnili. O tem govorijo številni domači in tuji avtorji, pri čemer v večji ali manjši meri upoštevajo različne teorije staranja.

Če bi hoteli raziskati starost posameznika, bi bilo treba oceniti njegove fiziološke funkcije, ki kažejo velike razlike glede biološke starosti. Gerontološki fiziologi so mnenja, da se le-te da oceniti z metaboličnimi, strukturnimi in funkcionalnimi spremembami v organizmu, kar v bistvu pogojuje biološko staranje. Na osnovi bioloških teorij tovrstno staranje pogojujejo geni, bolezni, poškodbe in slabi življenjski pogoji. Posledično to pomeni propadanje življenjskih funkcij organizma, kar privede do neravnovesja med organskimi sistemi (str. 6). Pri tem se lahko kažejo velike razlike med kronološko (kole-darsko) in biološko starostjo, saj npr. ljudje po biološki starosti, stari nad 65 let, odstopajo od koledarske tudi za + ali - 20 let.

Psihološke teorije staranja se opirajo na struk-turo osebnosti oz. razvojne dejavnike, ki osebnost oblikujejo. Nekateri avtorji zagovarjajo stopnjo zrelosti človekove osebnosti, ki se kaže kot samozaupanje, prilagajanje, življenjski optimizem, počutje v različnih starostnih obdobjih, reševanje osebnih problemov in podobno. Od tod izhaja trditev, da je človek star toliko, kolikor se počuti. Starejši ljudje (tisti, ki so v celovitem ravnovesju) se počutijo najbolj zadovoljne in v starosti najbolj uživajo življenje, saj menijo, da so s svojim delom, načinom življenja in samospoštovanjem dosegli življenjske cilje (str. 10).

Sociološke teorije staranja ugotavljajo odnos med človekom in njegovim socialnim okoljem. Po tej teoriji je človekovo počutje v starosti od-visno od pričakovanj okolja. Če družba meni, da nekdo po 65. letu starosti ni več pridobitno spo-soben, da se ljudem po tem času spodobi, da so umirjeni, zadržani ipd., potem bodo ljudje pri tej starosti pač taki. Starostno vedenje pri njih v tem primeru ni posledica bioloških procesov, pač pa pričakovanj določenih socialnih sredin (str. 11).

Pri obravnavi staranja in starostnih pojavov, ki jih je treba upoštevati pri telesnem gibanju in športnorekreativnem udejstvovanju, se najprej srečamo s telesnimi spremembami (te so vidne in jih je mogoče zaznati in opazovati). Vendar pa je pri tem treba ločiti tiste, ki so posledica naravnih procesov staranja, in tiste, ki so posledica bolezni. Spremembe telesa se kažejo kot spremembe na koži, okostju in mišičju, srčno-žilnem sistemu, dihalih, živčevju in čutilih, prebavilih, spolovi-lih, izločalih ter na imunskem in hormonskem sistemu. Kot pogoste bolezni se zlasti pojavljajo sladkorna bolezen tipa 2, ateroskleroza in oste-oporoza ter upad mišične mase. Zaradi neaktivnega življenja v starejšem obdobju, predvsem pretiranega sedenja, so pogoste bolezni tudi bolezni srčno-žilnega sistema, kap, rak debelega črevesa in rak dojke. Poleg tega spremembe v srčno-žilnem sistemu vplivajo tudi na delovanje možganov, ko spomin začne pešati, zmanjša se zbranost in nekaterih nalog ne moremo več opravljati tako učinkovito kot nekoč (str.14).

Sleherna raziskava mora izhajati iz predho-dnih študij, ali povedano drugače, sleherni razi-skovalec oz. raziskovalka mora opraviti obsežno delo pregleda dosedanjih raziskav, ki so bile na izbranem področju opravljene doma in v tujini. To so nato hkrati znanstveno-raziskovalne pod-lage za izvedbo nadaljnjih raziskav. Avtorica zato v okviru strokovnih in teoretičnih podlag študije razgrinja probleme, ki so neposredno povezani z gibanjem, redno telesno vadbo in športnorekre-ativnim udejstvovanjem starejših ljudi. Pri tem navaja posamezne raziskave. Najpomembnejše izsledke nekaterih raziskav na kratko navajamo.

V raziskavi (2009) je bilo ugotovljeno, da sodelovanje v programu redne telesne vadbe v starosti izboljšuje zdravstveno stanje in prispeva k daljši življenjski dobi, izboljšuje funkcionalne sposobnosti ter omogoča boljše počutje (str. 29).

Raziskava (2007), ki se je v Sloveniji ukvar-jala s športno dejavnostjo ljudi, starejših od 65 let, in pri kateri je sodelovalo 170 žensk in 112

moških, je pokazala, da se le 20 % žensk in 18 % moških redno ukvarja z vadbo, občasno se jih ukvarja pod 10 %, neaktivnih žensk in moških v tej starosti pa je nad 75 % (str. 31).

V več raziskavah (1990, 1991, 2000, 2003) je bilo ugotovljeno, da telesna vadba pri starejših ljudeh omogoča ohranjanje mišične mase, zmanjšuje stopnjo izgube kostne mase in s tem izboljšuje stabilnost ter tako preprečuje padce in poškodbe. Ugodno vpliva na srčno-žilni sistem ter preprečuje koronarne bolezni srca, ima pozitiven učinek pri zdravljenju sladkorne bolezni, osteoporoze in njenih kliničnih znakov, izboljšuje aerobno kapaciteto, uravnava telesno težo in deluje pomirjujoče na mnoga živčna iztirjanja, nespečnost ter celo depresivna razpoloženja (str. 33).

V eni od raziskav (2008) je bilo ugotovljeno, da telesna aktivnost ugodno vpliva tudi na psihosocialno komponento zdravja. Staranje spreminja telesno podobo in telesne zmogljivosti, saj pride do izgube telesne moči, mišične in kostne mase, stabilnosti v drži itd., zato je primerna telesna aktivnost, npr. hoja, ki je pomembna za vzpostavljanje in povečanje telesne zmogljivosti v pozno starost. Z neaktivnostjo in staranjem se zmanjšuje gostota kostne mase, zato kosti postanejo krhke. Reden trening izboljšuje gostoto kostne mase, kar posledično zmanjša možnost nastanka osteoporoze. Redna športna dejavnost je izjemno pomembna tudi za duševno zdravje. V starosti lahko preprečuje celo nekatere duševne bolezni, kot so depresija, demenca in Alzheimerjeva bolezen, ter izboljšuje psihično dobro počutje in vpliva na dobro razpoloženje. Je uspešna metoda za premagovanje stresa, saj pomeni prijetno razvedrilo in sprostitvev (str. 34).

V raziskavi (2002) je bil na vzorcu 45 varovancev (7 moških in 31 žensk) doma starejših občanov, s povprečno starostjo 77,9 let, izveden program telesne vadbe, ki je potekala tri mesece 5-krat tedensko po 40 minut. Pred začetkom programa so pri vseh varovancih izvedli krvne

preiskave in opravili 9-minutni test hoje. Testirali so tudi vitalno kapaciteto in funkcijski doseg ter prožnost zgornjih in spodnjih okončin. Vadba je bila sestavljena iz vaj za moč, vzdržljivost in gibljivost. Vaje so bile prilagojene tako, da so jih večinoma izvajali sede. V celoti so vsa testiranja in meritve ponovili po zaključku trimesečne vadbe. Varovanci so program vadbe ocenili pozitivno, vendar se je za starostno skupino 40-minutna vadba pokazala kot predolga, samo časovno obdobje pa prekratko, da bi se pokazali statistično značilni rezultati same vadbe in izboljšali testi meritev (str. 37).

Raziskava citirane avtorice, ki jo predstavlja, je bila izvedena v slovenskem prostoru na izbranem vzorcu 64 žensk, starih 65 let in več. V raziskavi je bila uporabljena metoda andragoškega eksperimenta, zato sta bili izbrani eksperimentalna in kontrolna skupina. V eksperimentalno skupino je bilo vključenih 32 preiskovank, ki so sodelovale v programu telesne vadbe. Ta je v prvem delu trajala pol leta, dvakrat tedensko po 60 minut. Drugi del programa vadbe pa je potekal štiri leta, vendar za eksperimentalno skupino z manjšo količino vadbe (1-krat tedensko). Za primerjavo dobljenih rezultatov med obema skupinama, v začetnem (inicialnem) in končnem (finalnem) stanju, je bila izbrana že omenjena kontrolna skupina (32 žensk), ki pa v programu telesne vadbe ni sodelovala.

Program eksperimenta je bil izbran skladno s postavljenimi cilji študije. Izvedba programa, ki jo zajema eksperimentalni načrt, je potekala v telovadnici, fitnes studiu in v naravnem okolju. V izvedbenem smislu je bila na tri vadbene enote v telovadnici izvedena ena vadbena enota v fitnesu. Vadbena enota v telovadnici je vsebovala vaje za ogrevanje, ravnotežje, gibljivost in sproščanje. Izbor vaj je bil raznolik in od vadbe do vadbe drugačen, tako da je bila le-ta dinamična in tedensko raznolika. V fitnesu je potekala usmerjena vadba za moč izbranih mišičnih skupin na vadbениh napravah *Technogym*.

Vaje so bile občasno dopolnjevale z lovljenjem v parih, metanjem žoge, odbijanjem balonov, preskakovanjem kolebnice na različne načine in vaje s palico (str. 69).

Za pridobivanje ustreznih podatkov in informacij so bili uporabljeni štirje standardizirani in modificirani vprašalniki in sicer: *modificiran vprašalnik (1) programa CINDI o splošni oceni stanja; vprašalnik (2) o subjektivni oceni telesne dejavnosti za starejše (A physical activity questionnaire for the elderly); vprašalnik (3) o zadovoljstvu z življenjem – Lestvica zadovoljstva z življenjem (Satisfaction with Life scale – SWLS) in vprašalnik (4) o preferencah športnih panog za osebe s posebnimi potrebami*. V okviru merskega instrumentarija so bile za oceno nekaterih antropometrijskih značilnosti izbrane še mere - telesna višina, telesna teža in kožna guba nadlahti, za oceno nekaterih motoričnih sposobnosti pa preskusi - skok v daljino z mesta, dviganje trupa v 60 sekundah, poligon nazaj, vesa, vstajanje s stola (30 sekund), dviganje uteži sede (30 sekund), predklon na klopici, dotik rok na hrbtu, vstani in pojdi, ravnotežje na eni nogi, stisk pesti in preskus splošne vzdržljivosti (9-minutna hoja).

Rezultati raziskave so predstavljeni po vsebinsko obravnavanih delih. Razkrivajo pozitivno povezanost rednega gibalno-športnega udejstvovanja udeleženk eksperimentalne skupine s posameznimi kazalci kakovosti njihovega življenja. Analiza zadovoljstva z življenjem je namreč pokazala, da je bila vadbeni skupina po koncu vadbe bistveno bolj zadovoljna s svojim življenjem kot na začetku vadbe, pa tudi bolj zadovoljna kot izbrane udeleženke kontrolne skupine. Ugotovljeno je bilo, da sodelujoče udeleženke dobro skrbijo za svoje zdravje, da spremljajo telesno težo, se zdravo prehranjujejo, se ne vdajajo različnim razvadam ter se zavedajo pomembnosti zdravega načina življenja. Na osnovi subjektivne ocene telesne dejavnosti obravnavane skupine je bilo ugotovljeno, da je le-ta še zelo samostojna pri opravljanju osnovnih domačih obveznosti

in pri gospodinjskih opravilih ter se ukvarja z vrsto aktivnosti, ki so povezane s preživljanjem prostega časa in športnorekreativno dejavnostjo. Med motivi za ukvarjanje z gibalno-športnimi aktivnostmi so se na začetku andragoškega vadbene procesa pojavljali zdravje, boljša kondicija, izboljšanje posameznih motoričnih sposobnosti, ob koncu vadbe pa tudi estetski videz, zabava in razvedrilo ter družabno življenje. Med izbranimi športnorekreativnimi aktivnostmi so bili v ospredju sprehodi v naravo, počasna in hitra hoja, kolesarjenje, hoja v hribe, plavanje, lahkoten tek in aerobika. Članice vadbene skupine pa so se vključile tudi v vadbo v fitnes centrih (str. 201).

Dobljeni rezultati motoričnih testov in funkcionalnega preskusa udeleženk vadbene skupine so po šestmesečni telesni vadbi in po štirih letih potrdili izboljšanje gibalnih sposobnosti, ki se nanašajo na moč, gibljivost, ravnotežje, koordinacijo in vzdržljivost. To pa je skupaj z ostalimi rezultati pripomoglo k potrditvi teze, da telesna vadba pri starejših pomembno izboljša kakovost življenja, kar se posledično odraža tudi pri vsakdanjem življenju v bivalnem okolju (str. 204).

Herman Berčič

Schlimbach Tabe, (2008). Generationen im Dialog. Intergenerationelle Projektarbeit. Saarbrücken: VDM Verlag, str. 108; Antz Eva-Maria, Julia Franz, Norbert Frieters, Annette Scheunpflug in Markus Tolkendorf, (2009). Generationen lernen gemeinsam. Theorie und Praxis intergenerationaler Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, str. 250; Yildiz, Yalcin, (2010). Migration - Familie - Alter. Altern und Generationsbeziehungen im Migrationskontext. Hamburg: Verlag Kovač, str. 598.

GENERACIJE V MEDSEBOJNEM POGOVORU

V Sloveniji se je v okviru ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije (2008–2010) nedavno končal projekt Medgeneracijski

dialog za kakovostno bivanje. Ministrstvo, ki ga je sofinanciralo, še ni objavilo poročila o njem, zato bo morda zanimivo pokukati v tri taka oziroma podobna projektna poročila v knjižni obliki, ki so izšla pri različnih založbah v Nemčiji. Avtorica prvega je Tabea Schlimbach, diplomirana pedagoginja. Pri drugem gre za skupno delo petih avtorjev, ki so se osredotočili na vidik trajnostnega oziroma kontinuiranega izobraževanja in učenja z vidika tretje generacije. Avtor tretje publikacije pa je turški avtor, Yalcina Yildiza, ki kot diplomirani pedagog in socialni delavec že vrsto let dela na področju migracij in migrantov, ki se po upokojitvi vračajo oziroma ne vračajo v domovino, od koder so prišli na delo v Nemčijo. Pa pojdemo po vrsti.

Tabea Schlimbach je diplomirana pedagoginja. Študirala je v Halleju. Po končanem študiju je tam vodila medgeneracijski projekt Pogovori med generacijami. V okviru tega projekta je prišlo do zamisli, da bi ustanovili sklad za pravice prihodnjih generacij. Sklad je nekakšna civilno-družbena iniciativa pri premoščanju sedanje krize pokojninskih blagajn in nujnih reform. Avtorica je na področju gerontologije opravila specializacijo v Angliji v Centru za medgeneracijsko prakso v Stoke-on-Trent (<http://www.centreforip.org.uk/>). Danes deluje kot svobodna svetovalka na področju izobraževanja in učenja.

Knjižica je na eni strani poročilo o projektu, ki ga je vodila, na drugi strani pa osnutek seminarjev in delavnic, ki jih pripravlja kot samostojna svetovalka. Izhajajoč iz demografskih sprememb, postajajo medgeneracijski odnosi vse bolj pomembni. Danes je težišče še vedno na merljivih vidikih, in s tem deloma na vprašanju pravične delitve bremen. Tabea Schlimbach izhaja iz prve generacije oziroma s prehoda med prvo in drugo generacijo. Meni, da se je v teku merljivih vidikov popolnoma spregledalo elementarna vprašanja konkretnega oblikovanja odnosov med generacijami. To je bilo izhodišče projekta, ki se je razvil v bolj obsežno dejavnost v obliki delavnic

in svetovanja. Avtorica poskuša čim bolj upoštevati trenutno znanstveno gledanje na to področje in odzive javnosti na različne medgeneracijske tematike. Kot rečeno je knjiga v prvi vrsti poročilo o projektu, zlasti v drugem delu, v katerem ocenjuje projekt z vidika teoretičnih izhodišč in interesov javnosti, da bi na tem področju prišli do novih in uporabnih znanj.

Knjiga ima šest poglavij. Prvo je kratek uvod in predstavitev projekta. V drugem, ki ima naslov K teoriji generacij in medgeneracijskih odnosov, poskuša avtorica ugotoviti, na čem temelji in od kod izhaja sedanja pojmovna konstrukcija ter kakšni so bistveni koncepti generacij v nedavni preteklosti. Najbolj upošteva Schlimbachov zgodovinsko-sociološki koncept generacij, tako da se drugi koncepti bolj ali manj prekrivajo s tem. Avtorica meni, da se je v preteklosti zgodilo, da se terminologija ni sočasno spreminjala z družbenimi in kulturnimi spremembami, kar je pripeljalo do tega, da imajo nekateri pojmi iz preteklosti danes drugačen pomen, ne da bi se s tem lahko izrazilo spremembo, zaradi katere je prišlo do tega premika. Tabea argumentira z vidika pedagoških znanosti in v ta namen upošteva teoretično delo Margaret Mead. Meni, da je tradicionalni model, da se mladi učijo od starih, potrebno dopolniti. Stari ljudje imajo izkušnje, ki vplivajo na učni proces mladih, nikakor pa to ne pomeni, da je učnega procesa konec.

Tretje poglavje je namenjeno situacijski analizi, se pravi družbenim okvirnim pogojem medgeneracijskega odnosa. Avtorica predvsem upošteva dejstvo staranja generacij in vpliv starosti na medgeneracijske odnose oziroma na odnose znotraj iste generacije. Pri tem upošteva tudi aktualno družbeno-politično razpravo o tem, ali deliti tretje življenjsko obdobje še na eno, se pravi na četrto. Raven odnosov znotraj generacij se namreč močno spreminja s starostjo njenih članov. Bo to morda spremenila pokojninska zakonodaja? Dobro vprašanje. V četrtem poglavju povzema vsebino pod naslovom

Pomen medgeneracijskega dialoga. Tak je tudi osnutek medgeneracijskega projektne del, ki ga avtorica obdela v petem poglavju, ko obenem preučuje, koliko takih in podobnih projektov je bilo izpeljanih v tem (severozahodnem) delu Nemčije oziroma kakšen je bil njihov uspeh. Meni, da bi lahko po tem vzoru delali tudi drugod. Iz tega razloga je knjiga namenjena tistim, ki so vključeni v delo s starimi v domovih ali varovanih stanovanjih.

V drugi knjigi, objavljeni leta 2009, ki je delo petih avtorjev (Eva-Maria Antz, Julia Franz, Norbert Frieters, Annette Scheunpflug in Markus Tolksdorf), se le-ti sprašujejo o aktualni ponudbi na področju kontinuiranega izobraževanja. *Generacije se učijo skupaj* je prvi, bolj teoretični zvezek, sledil naj bi mu drugi, ki se bo ukvarjal tudi s praktično izvedljivostjo. Ta shema je – ne glede na zanimivo zasedbo avtorjev – zelo tradicionalno zahodna, se pravi da se ideje porajajo »zgoraj«, kar je konec koncev razumljivo, saj je projekt podprla država. Morda bi bilo bolje, ko bi teoretični del sledil praktičnemu. Avtorji prihajajo z Univerze Friedrich-Alexander iz Erlangena. Projekt se je sicer tematsko naslanjal na idejo trajnosti, ki je v oblikovanju nastavkov kontinuiranega izobraževanja/učenja določala predvsem vsebino slednjega, učenja. Ta vidik je pomemben tudi pri preoblikovanju učnih programov na vseh ravneh izobraževanja, saj je učenje – kot pojem – znamenje, da cilj procesa ni samo funkcionalna spretnost, pač pa oblikovanje osebnosti. Ne gre pa kar za nadomeščanje pojma izobraževanja, čeprav je tudi smisel slednjega v tem, da ne bi šlo samo za pridobivanje poklicnega znanja in spretnosti. S tem je tudi utemeljena medgeneracijska umeščenost: tretja generacija lahko igra vlogo povratnih zank (feed-back loops), če s tem izrazimo tisti plus izobraževalnega procesa, ki ni namenjen samo oblikovanju profesionalnega profila.

Knjiga je skoraj preveč razdrobljena in deloma preobremenjena z bibliografskimi podatki.

Razdeljena je na sedem poglavij. Avtorji logično sledijo zamisli, da bi predstavili čim bolj koherenten model. Preučili so več kot dvajset projektov, ki so se izvajali na severnem Bavarskem. Ker je knjiga namenja profesionalnemu osebju, bi si želeli manj izraziti akademski pristop. Omenili smo že, da ima pristop kljub želji, da bi postavil nove kakovostne standarde na tem področju, lepotno napako, ker ponavlja znanstveni kulturni vzorec, ki vse – tudi ljudi – obravnava kot »polje aplikacije«. To bo bržkone ovira, ko se bodo vrednotili rezultati, se pravi učenje. Problem seveda ni samo v tem, da se predvideva osvojitve dokaj zahtevne metodologije, pač pa, da se na primer izogiba individualno- in socialno-etičnim vidikom, kot sta delitvi nalog in odgovornosti med različne družbene akterje. To poudarjam predvsem zato, ker ta del v tradicionalnih družbah ni bil potreben zgolj zato, ker ni bilo tako izrazito izražene zahteve po (znanstveni, akademski) kakovosti. Seveda pa to ne pomeni, da bi si lahko tradicionalno družbo izbrali za zatočišče problemov, ki jih je rodila zahodna kultura. Prav glede na to je treba poudariti, da so lahko znanstvena spoznanja o starosti in staranju – in učni sposobnosti starih ljudi – v nasprotju z znanji, ki so bolj izkustvena, medtem ko izkušnja ni nikoli v nasprotju z znanostjo. Zaradi tega vrstnega reda bi bilo morda koristno, če bi praktični del izšel pred teoretičnim.

Morda je z ozirom na to, kar je bilo rečeno nazadnje, dobro pogledati tudi v tretjo knjigo, ki po taktosti presega obe prejšnji. Konec koncev ne gre za običajno projektno poročilo, pač pa za tisk pripravljeno doktorsko disertacijo. Zdi se, da je avtor zaznal vso protislovnost evropskega razvoja zadnjega pol stoletja, ki je v petdesetih letih povzročila delavske migracije izjemnih razsežnosti, ki pa so se prav zaradi kulturno-zgodovinske vloge zahodnega načina razmišljanja spremenile v glavobol današnjih politikov. Le redki Turki, ki so prišli v Nemčijo v prvi generaciji delavcev, so danes pripravljeni oditi nazaj v

domovino, četudi se v Nemčiji ne počutijo doma. Mnogi se po več desetletjih niso naučili jezika. Tako se avtor seznanja s konkretnim vprašanjem, to pa tudi odlikuje njegovo delo. Njegovo delo ni osamljeno, je pa zanimivo predvsem zaradi upoštevanja družbeno-etične oziroma izkustvene sfere. V osrednjem delu knjige, v 4. in 5. poglavju, avtor pojasni svoje razloge, zakaj se je posvetil narativnemu pristopu in kaj mu ta pomeni. V šestem poglavju na več kot 240 straneh evalvira svoja dognanja, v sedmem pa jih potem odpira za nadaljnjo razpravo. Vsaj na prvi pogled kaže na vsakdanjo tematiko, ki pa jo bolj natančno opazovanje predstavi tudi kot dramo globokih (med)kulturnih zarez, ki se tudi po več desetletjih še niso zgladile. Ne glede na vse zahteve, ki jih postavlja sodobni svet človeku kot prilagodljivemu bitju, je treba računati, da je v človeku tudi nekaj, kar se ne da upogniti in se lahko samo zlomi. To v medkulturnem soočenju dokazujejo neštete zgodbe (ne samo) turških družin v Nemčiji. To Yildizovo spoznanje je pomembno tudi pri zaznavi dokaj specifičnih problemov starih, ki so bili preseljeni v starosti in se ne morejo udomačiti drugod, čeprav so morda blizu svojega doma. Odpira pa še mnoga druga vprašanja. Yildiz se sicer posebej posveča študiju turškega moškega v nemškem okolju. Glede na dognanja so študijo prve ocene opredelile kot ne povsem turško in ne povsem nemško analizo. Tisti pa, ki se bodo hoteli s tem seznaniti, bodo avtorju morda zamerili samo to, da gre za 600 strani veliko reč.

Anton Mlinar

Hlebec Valentina, Kavčič Matic, Filipovič Hrast Maša, Vezovnik Andreja, Trbanc Martina, 2010. Samo da bo denar in zdravje: življenje starih in revnih ljudi, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede

SAMO DA BO DENAR IN ZDRAVJE: ŽIVLJENJE STARIH IN REVNIH LJUDI

Pod monografijo *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih in revnih ljudi* so se podpisali

Valentina Hlebec, Matic Kavčič, Maša Filipovič Hrast, Andreja Vezovnik in Martina Trbanc. V Uvodu so zapisali, da prinaša pričujoča monografija v slovenski prostor opis stare revne populacije, posameznih vidikov socialne izključenosti tega dela prebivalstva in poglobljen prikaz življenja starih revnih ljudi ter njihovih načinov shajanja z različnimi vidiki socialne izključenosti. Publikacija je nastala kot rezultat dela na raziskovalnih projektih Revščina in materialna deprivacija starejšega prebivalstva in Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji ter dela v okviru programa Kakovost življenja družbenih skupin. Razdeljena je v 5 poglavij, in sicer: Oskrba starih ljudi v Sloveniji, Socialna izključenost, Socialna izključenost v številkah, Socialna izključenost v besedah, Kaj lahko storimo za starejše - predlogi in razmisleki o politiki vključevanja. Na koncu so dodani še literatura, priloge, stvarno in imensko kazalo, podatki o avtorjih ter povzetek v angleškem jeziku. Avtorji v zaključku Uvoda povedo, da je monografija namenjena tako znanstveni kot strokovni javnosti (zaposlenim v domovih za starejše, centrih za pomoč na domu, centrih za socialno delo), pa tudi študentom različnih fakultet, ki v programu študija obravnavajo starejše kot posebno skupino prebivalstva. Nenazadnje si želijo, da bi vsebina dosegla tudi populacijo, ki jo opazujejo. Gre za ljudi, rojene nekje med leti 1920 in 1940, ki so izkusili stisko druge svetovne vojne in dolgo obdobje pomanjkanja, ki je vojni sledilo. To je generacija, ki se je shajanja s pomanjkanjem in prikrajšanostjo naučila v mladosti. Pri raziskovanju so uporabili sodoben raziskovalni načrt, ki vsebuje zaporedno uporabo kvantitativne in kvalitativne metode.

Oskrba starih ljudi v Sloveniji

Kot povzetek poglavja naj služijo besede avtorjev: »V tem poglavju bomo najprej opisali razvoj sistema blaginje, ki opredeljuje najširši okvir oskrbe starih v Sloveniji. V nadaljevanju bomo na kratko in pregledno opisali razvoj

oskrbe starih ljudi, s poudarkom na razvoju storitev, ki so namenjene starim ljudem, ki živijo v domačem okolju.«

Socialna izključenost

Avtorji poglavje začno z besedami: »Osrednji del knjige je namenjen preučevanju socialne izključenosti starejših v Sloveniji, zato v tem poglavju najprej opredelimo pojem socialne izključenosti in ga razmejimo od drugih sorodnih pojmov, kot je npr. revščina. Utemeljimo, zakaj menimo, da je socialna izključenost primeren pojem za analizo stanja in razmer starejše populacije.« Poglavje je razdeljeno na 3 podpoglavja, katerih naslovi so Konteksti in opredelitve socialne izključenosti, Socialna izključenost in revščina in Področja socialnega izključevanja.

Socialna izključenost v številkah

Poglavje je sestavljeno iz dveh podpoglavij z naslovoma Operacionalizacija in merjenje socialne izključenosti ter Socialna izključenost starih ljudi v Sloveniji. Podpoglavje Socialna izključenost starih ljudi v Sloveniji se nadalje deli v naslednja tematska področja.

- Revščina in materialna prikrajšanost. Tu so prikazani podatki o pragu tveganja revščine, stopnje tveganja revščine in stopnje materialne prikrajšanosti. Zanimivo je, da mlajši upokojenci (manj kot 65 let) niso tako ranljivi kot starejši, saj se njihova stopnja tveganja revščine ne razlikuje veliko od povprečja v populaciji. Najbolj ranljiva so enočlanska gospodinjstva, predvsem starejše ženske, kjer je stopnja tveganja revščine višja od 50 %.
- Zdravstvo in dolgotrajna oskrba. Na tem mestu so predstavljeni dostopi do zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe. Omenjena je tudi slaba dostopnost zdravstvenih storitev zaradi dolgih čakalnih dob.
- Stanovanjsko področje obravnava problem dostopnosti do stanovanj. Naj izpostavimo le to, da je med starejšimi (nad 75 let) višji delež ljudi z neprimernim stanovanjem kot

v preostali populaciji (tj. da nimajo tuša ali kadi v stanovanju ter da nimajo stranišča na izpiranje).

- Socialna omrežja. Na tem mestu je ponazorjeno stanje socialne izključenosti starejših na splošno.

Socialna izključenost v besedah

V poglavju avtorji predstavijo potek in temeljne izsledke kvalitativnega opazovanja življenja starih, revnih in socialno izključenih ljudi. Najprej opišejo temeljna izhodišča in metodologijo kvalitativnega dela, nato prikažejo izsledke večletnega raziskovalnega dela.

Poglavje se deli v 2 podpoglavji, in sicer Izhodišča in opis kvalitativnega pristopa ter Strategije shajanja s socialno izključenostjo. Slednje predstavi vire, ki jih stari ljudje uporabljajo pri shajanju z revščino. Raziskovalce je zanimalo, ali si starejši ljudje pomagajo sami ali se obračajo na družino, sorodnike, skupnost; v katerih primerih se obračajo na formalne oblike pomoči in kako si skušajo pomagati sami. Individualne strategije shajanja so razdeljene na aktivne in pasivne. Aktivne vključujejo iskanje dodatnih finančnih virov dohodka in dobrin, samooskrbo s hrano, gospodarjenje s hrano, gospodarjenje z viri, vzdrževanje socialnega omrežja in stikov, plačevanje storitev in uslug, delitev stroškov med družinskimi člani in delitev dela med družinskimi člani. Med pasivne pa sodijo omejevanje vitalnih potreb (nakup hrane, zdravil, omejevanje osebne higiene, zmanjševanje pri stanovanjskih stroških, omejevanje pri stroških prevoza), omejevanje pri »priboljških«, omejevanje večjih vlaganj in nakupov, omejevanje pristočasnih aktivnosti, črpanje preteklih prihrankov, prejemanje pomoči s strani organizacij in društev in omejevanje pri nakupu oblačil. V nadaljevanju poglavja so pri vsaki strategiji shajanja kot primer zapisani tudi odgovori starejših ljudi, razdeljeni po strategijah shajanja. V prikazu se bomo omejili le na ključne ugotovitve raziskovalcev.

Aktivne strategije

- Iskanje dodatnih finančnih virov dohodka in dobrin. V to kategorijo sodijo predvsem storitve, ki jih intervjuvanci opravljajo v zameno za finančno plačilo ali določeno dobrino, predvsem hrano. Strategija je značilna za tiste intervjuvance, ki jim zdravje dopušča delovno aktivnost. To so predvsem mlajši upokoјenci. Storitve za plačilo ali dobrino pa niso pomembne zgolj zaradi finančnih virov, ampak pomagajo pri vzdrževanju ožjih družinskih in širših socialnih omrežij. Finančni aspekt ni v ospredju. Pomembnejše se jim zdi druženje in vezi, ki se ob tem spletejo. Delo predstavlja intervjuvancem pomembno vrednoto. Daje jim občutek družbene koristnosti in vitalnosti, s čimer se zoperstavijo pogostemu strahu, da so družbi in družini v breme ter da v skupnostnem sistemu nimajo več funkcionalne vloge.
- Samooskrba s hrano pomeni predvsem pridelavo lastne zelenjave, sadja in mesa ter pripravo jedi iz osnovnih surovin, npr. peka kruha ali pridelava mošta, kisa, sokov, ozimnice itd. Samooskrba s hrano se je pokazala kot pomembna strategija, saj doma pridelane vrtnine v veliki meri pripomorejo k reševanju gmotnega položaja intervjuvancev.
- Gospodarjenje s hrano je kupovanje večjih količin sezonske hrane, ki je cenejša in jo nato shranimo. Nekateri intervjuvanci ponavadi skuhajo večjo količino in potem nekaj dni pogrevajo isto jed. Na splošno je prisotno mnenje, da se pri hrani lahko največ prihrani, zato je tu tudi največ odrekanja. Aktivna strategija gospodarjenja s hrano je tudi namensko spremljanje akcijskih popustov trgovin. Pri tem so nekateri pripravljani obiskati tudi več trgovin in v vsaki kupiti le določene izdelke iz akcijske ponudbe.
- Gospodarjenje z viri je v prvi vrsti maksimalna izraba sredstev in premišljeno upravljanje z vsemi ostalimi viri in dobrinami, ki ne sodijo v kategorijo hrane. Sem sodi načrtno varčevanje denarja za kurjavo, pogreb, za

nujna popravila, darila, nepredvidene stroške, včasih tudi za izlet ali priboljšek. Strategija gospodarjenja je tudi plačevanje položnic tam, kjer ni provizije.

- Vzdrževanje socialnega omrežja, stikov pravzaprav pomeni vzdrževanje in aktiviranje neformalnega socialnega omrežja, ki intervjuvancem predstavlja vir, iz katerega črpajo sredstva za spopadanje s socialno in materialno prikrajšanostjo. Gre za vlaganje v odnos z otroki, vnuki, sorodniki, sosedi in prijatelji, pri čemer pa je investicija lahko zelo različna. Posledica tovrstnega vlaganja je funkcionalna medgeneracijska solidarnost. Tu gre bolj za storitve oz. usluge, povezane s skrbjo, kakor za menjavo materialnih in nematerialnih dobrin. Predvsem za tiste intervjuvance, ki zaradi zdravstvenih razlogov niso več sposobni lastnega vlaganja, s katerim bi vzdrževali vzajemno menjavo uslug, so tovrstne usluge ključnega pomena. Nekateri intervjuvanci pa iz socialnega omrežja ne črpajo. To so predvsem tisti, ki ga ne morejo izkoriščati, ker nimajo stikov, svojcev ali pa imajo z njimi konfliktne odnose. Brez te možnosti so tudi tisti, ki omrežij ne vzdržujejo, ter tisti, ki omrežij nočejo uporabljati, ker nočejo obremenjevati sorodnikov, prijateljev, sosedov.
- Plačevanje uslug in storitev je značilno predvsem za dve vrsti intervjuvancev. V prvo skupino spadajo tisti starejši ljudje, ki teh storitev iz različnih razlogov ne morejo ali nočejo črpati iz svojega socialnega omrežja. Pri intervjuvancih je to bilo predvsem plačevanje negovalke in dostavo kosila na dom. V drugo skupino pa sodijo upokoјenci, ki usluge in storitve črpajo iz neformalnega socialnega omrežja, v zameno pa odštejejo določene zneske (plačajo nekaj evrov za bencin, ker jim je nekdo nekaj prinesel).
- Delitev stroškov med družinskimi člani je izrazito vezana na gospodinjstvo in družinske odnose, zato zadeva predvsem upokoјence,

ki živijo vsaj z enim družinskim članom. Gre torej za družinsko strategijo gospodinjstva, ki ima dve pomembni implikaciji: preprečevanje osamljenosti in zmanjševanje stroškov.

- Delitev dela med družinskimi člani. Kdo bo opravil kakšno delo, določajo sposobnosti, mobilnost in čas, ki ga ima posameznik. Starejši običajno pomagajo s kuhanjem kosila, ponudijo pomoč pri gospodinjstvih opravilih, pazijo majhne otroke ali pa jih spremljajo v vrtec ali šolo. Njihovi odrasli otroci, ki jim zaradi službenih obveznosti primanjkuje časa, so pa mobilni, skrbijo za nabavo živil, fizično zahtevnejša gospodinjstva opravila itd.

Pasivne strategije

- Omejevanje vitalnih potreb poteka na več ravneh, v prvi vrsti pa lahko govorimo o omejevanju nakupa prehranskih izdelkov. Starejši ljudje se prehranjujejo zelo enolično. Skromno prehranjevanje opravičijo z mislijo, da lahko tu največ prihranijo. Pogosto kupujejo sezonsko sadje in zelenjavo, kar je cenovno ugodnejše. Kupujejo cenejša živila. Starejši so prepričani, da asketski odnos do prehranjevanja pripomore k preprečevanju bolezni. Omejevanje živil, ki dvigujejo holesterol, in živil, ki dvigujejo krvni tlak, se v praksi kaže kot omejevanje količine in uživanje zgolj osnovnih prehranskih izdelkov, kot so kruh, mleko, jogurt, sadje in zelenjava. Med omejevanji lahko opazimo tudi omejevanje pri osebni higieni, v kolikor za osebno nego potrebujejo institucionalno pomoč, ki jo je treba plačevati. Omejevanje vitalnih potreb se kaže tudi pri zmanjševanju stanovanjskih stroškov, nekateri namreč ogrevajo samo en prostor v stanovanju.
- Omejevanje pri priboljških. Raziskovalci ugotavljajo, da so za starejše priboljški vse tisto, kar ni nujno potrebno za preživetje, zato v prvi vrsti omejujejo prehranske priboljške. Priboljšek so npr. namazi, salame, nesezonsko sadje in zelenjava, tudi tropsko

sadje, sladkarije, žemlje itd. Intervjuvanci se omejujejo tudi pri drugih vrstah priboljškov. Gre predvsem za »priboljške« v obliki storitev, npr. frizer, pedikura, mobilni telefon, naročniško razmerje za časopis itd.

- Omejevanje nujnih opravil predstavlja predvsem popravilo stanovanja, ki je nujno.
- Omejevanje večjih vlaganj in nakupov. V to kategorijo sodi predvsem kupovanje dobrin, ki zahtevajo enkratne večje finančne izdatke. Gre za dobrine, ki sicer niso nujno potrebne za preživetje, a jih intervjuvanci zaznavajo kot pomembne (npr. avto).
- Omejevanje prostočasnih dejavnosti v večini primerov pomeni omejevanje izletov, konjičkov in kulturnih potrošenj. Razlogi za omejevanje so finančni in zdravstveni. Intervjuvanci najprej omejijo tiste prostočasne dejavnosti, ki potekajo zunaj doma, in tiste dejavnosti, ki zahtevajo večji finančni vložek. Posledično se večinoma ukvarjajo s hobiji, ki jih lahko izvajajo doma (branje knjig, prebiranje časopisov, gledanje televizije, šivanje, ročna dela).
- Črpanje preteklih prihrankov se sicer pojavlja redkeje, saj intervjuvanci prihrankov najpogosteje sploh nimajo, v nekaterih primerih pa še vedno odplačujejo stanovanjski kredit. Intervjuvanci prihranke porabijo za preživetje in nujne zdravstvene storitve, ob tem pa se zavedajo, da je črpanje prihrankov začasna rešitev, saj se ob tem poraja skrb, da bodo prihranki kmalu pošli.
- Prejemanje pomoči Rdečega Križa ali Karitas: predvsem gre za pomoč v obliki paketov s hrano. Ta oblika pomoči je sicer dobrodošla, vendar ne zadostuje potrebam intervjuvancev. Pomoči ne prejemanjo redno. Večina pa tovrstne pomoči iz različnih vzrokov zavrača. Navzoča so mnenja, da niso dovolj revni, da bi prejeli pomoč, da je pomoč namenjena tistim res obubožanim. Nekateri se pomoči sramujejo ali pa so preprosto prepričani, da takšna oblika pomoči ni učinkovita.

- Omejevanje pri nakupu oblačil je pri intervjuvancih odsotna kategorija. Stroškov z oblačili nimajo, saj obleko dobijo od znancev in sorodnikov ali pa jo že več let kopičijo.

V nadaljevanju poglavja so opisani dejavniki, ki vplivajo na izbiro strategij. Sem spada zdravstveno stanje, kraj in tip bivališča, tip in sestava socialnega omrežja, sestava gospodinjstva, finančna sredstva, informiranost o formalnih oblikah pomoči in delovna zgodovina.

Kaj lahko storimo za starejše - predlogi in razmisleki o politikah vključevanja

Avtorji na začetku poglavja pravijo: »Kot je pokazala analiza intervjujev, imajo starejši obilico strategij, s katerimi poskušajo izboljšati svoj položaj, kar kaže na njihovo izredno aktivno vlogo pri reševanju svojega položaja.« V tem delu so predstavljena nekatera priporočila za javne politike, ki izhajajo iz ugotovitev raziskave. Poglavje je razdeljeno v 5 podpoglavij z naslovi: Podpora družine / podpora družini, Podpora za samostojno bivanje, Družbena participacija, Zdravstveni vidiki in Delovna aktivnost starejših. V sklepnem delu avtorji opozorijo na to, da bi bilo treba življenjske razmere z različnimi socialnimi ukrepi toliko izboljšati, da prihodnost starejšim ljudem ne bi predstavljala več tako tvegane situacije in bi o njej premišljeno in strateško odločali ter izbirali različne ukrepe, s katerimi bi si lahko izboljšali kvaliteto življenja.

Tina Lipar

Annweiler Cedric, Montero-Odasso Manuel, Schott Anne M, Berrut Gilles, Fantino Bruno, Beauchet Oliver (2010). Fall prevention and vitamin D in the elderly: an overview of the key role of the non-bone effect. V: <http://www.jneuroengrehab.com/content/7/1/50> (sprejem: 16.12.2011).

VITAMIN D V POVEZAVI S PADCI PRI STAREJŠIH

Padci pri starejših so javnozdravstveni problem, ker do njih prihaja pri 30 % ljudi, starejših

od 65 let in imajo resne posledice. Zlomi, povezani s padci, so vzrok povečane obolevnosti, umrljivosti in večjih finančnih stroškov. Padce pa lahko preprečujemo. V prosto živeči populaciji starejših ljudi jih lahko z ustreznimi intervencijami zmanjšamo vsaj za 18 %, pri hospitaliziranih ljudeh pa celo za 25 %. Učinkovitost intervencije je odvisna od dveh ključnih dejavnikov. Prvi je interdisciplinarni pristop različnih strokovnjakov, drugi pa je multifaktorski, v katerem ima glavno vlogo telesna aktivnost. Vseeno pa taka vrsta intervencije prinese dve težavi. Prva je nujnost vzpostavitve mreže po vsej državi, druga pa je majhna pripravljenost starejših ljudi za sodelovanje oziroma redno izvajanje telesne aktivnosti.

Vlogo telesne aktivnosti se mnogokrat podcenjuje, toda pri preprečevanju padcev je za učinkovitost programov ključnega pomena. Z ozirom na obe težavi in skupaj z velikimi stroški se zdi, da ni prav dosti možnosti, da se bodo ustrezni programi za preprečevanje padcev tudi v prihodnje nemoteno razvijali.

Prehranski dodatki vitamina D in kalcija naj bi imeli velik potencial pri preprečevanju padcev in zmanjševanju zlomov, povezanih z njimi, ker je jemanje nadomestkov preprosto izvedljivo in poceni.

Povečano tveganje za padce pri starejši populaciji

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je padeč stanje, ko se posameznik neprosto-voljno zruši na tla. Prevalenca padcev je močno povezana s starostjo in narašča od 30 % pri ljudeh, starih 65 let, na 50 % pri ljudeh, starejših od 80 let. Padeč pri starejših je najpogostejša nesreča v vsakdanjem življenju in je vodilni vzrok smrti zaradi poškodb. Resnost padca je določena z njegovimi posledicami, vključno z nevretenčnimi zlomi. Posledice pa so odvisne od mehanizma samega padca, ki pa je določen z variabilno silo tal na telo ob padcu.

Vitamin D

Vitamin D je v maščobi topen vitamin, sintetiziran iz derivata holesterola. Obstaja v dveh oblikah. Vitamin D₂ (ergokalciferol) nastane s pomočjo UV žarkov v koži iz ergosterola, ki ga dobimo s hrano. Vitamin D₃ (holekalciferol) dobimo neposredno s hrano ali pa ga telo samo sintetizira iz holesterola s pomočjo UV žarkov. Jetra nato predelajo holekalciferol v kalcifediol ali 25(OH)D, ki vstopi v krvni obtok, in ko doseže celice ledvičnih cevk, ga le-te predelajo v kalcitriol ali 1,25- dihidroksivitamin D (1,25(OH)D), ki je aktivna oblika vitamina D. Vitamin D je steroidni hormon, ki deluje direktno na membrane receptorjev, ki uravnavajo znotraj- in zunajcelično koncentracijo kalcijevih ionov.

V strokovnih krogih je dolgo časa prevladovalo mnenje, da je glavna naloga vitamina D regulacija metabolizma kalcija in fosfata. Tako je veljalo prepričanje, da so kosti glavni tarčni organi delovanja vitamina D. Današnje študije pa dokazujejo, da vitamin D učinkuje tudi na mišice in živčni sistem.

Vitamin D in mišice

Številne študije dokazujejo povezavo med vitaminom D in delovanjem mišic. Poznani so primeri boleznih mišic, povezanih z resnim pomanjkanjem vitamina D, ki so se pojavili sočasno z rahitisom pri otrocih ali z osteomalacijo pri odraslih. Takšno pomanjkanje vitamina D povzroči hudo mišično oslabelost, ki sprva zajame predvsem spodnje okončine. Številna manj resna pomanjkanja vitamina D še vedno ostajajo nedagnosticirana, ker se kažejo skozi nespecifične simptome, kot so bolečine v mišicah, parestezije (nenormalen občutek, ki nastane spontano in ga bolnik čuti kot ščegetanje, zbadanje, mravljinčenje, otrplost) ali artralgijske (boleči sklepi), ki jih pripisujejo vnetnim revmatičnim obolenjem.

Pregled literature daje slutiti, da bi z zagotovitvijo zadostnega vnosa vitamina D pri starejših lahko zmanjšali padce, ker ne vpliva samo na mišice, temveč tudi na centralni živčni sistem.

Vitamin D in živčni sistem

Znanstveniki so s pomočjo eksperimentov na živalih dokazali, da je vitamin D vključen tudi v nevrofiziologijo, kjer uravnava metabolizem neurotransmitorjev (dopamin, acetilholin, serotonin, GABA). Vitamin D naj bi sodeloval tudi pri sintezi rastnih faktorjev, ki sodelujejo pri rasti in razvoju živcev in celic *glie*. Pri glodalcih naj bi sodeloval celo pri razvoju možganov. Vitamin D deluje tudi na periferni živčni sistem, zato je pri resnem pomanjkanju tega vitamina viden upad hitrosti prevodnosti živca. Pomanjkanje vitamina D je povezano s pojavnostjo bolezni in okvar možgansko-živčnega sistema. Tudi ateroskleroza (sistemska vnetna bolezen) je povezana s pomanjkanjem vitamina D. Nekateri klinične študije, opravljene na ljudeh, dokazujejo pozitiven vpliv vitamina D na kognitivne funkcije, še posebej na pozornost.

Dokazi o učinkovitosti vitamina D pri preprečevanju padcev in zlomov kosti

Pomanjkanje vitamina D je pri starejših zelo pogosto in je povezano s padci. Prevalenca pomanjkanja vitamina D je ocenjena na 40 – 50 % pri starejših, ki nimajo zgodovine padcev, in do 70 % pri tistih starejših, ki so že padli. Dokazano je bilo tudi, da je pri ljudeh, ki so institucionalizirani, več padcev pri tistih, ki imajo nižje krvne vrednosti vitamina D. Številne študije, ki so bile opravljene v zadnjih 15 letih, kažejo na pomemben vpliv vitamina D pri zmanjševanju padcev. Nadomestki vitamina D (800 IE/dan), brez dodatkov kalcija ali v kombinaciji z njim (500-1200 mg/dan), naj bi zmanjšali število padcev pri posamezniku, poleg tega pa naj bi se v populaciji število ljudi, ki padejo, zmanjšalo za 50 %. Pregled literature iz leta 2004 jasno kaže, da nadomestki vitamina D (800IE/dan) zmanjšajo pojavnost padcev za 22 %, kadar pa jih ljudje uživajo v kombinaciji s kalcijem, pa celo do 53 %. Pregled je pokazal tudi, da če 15 ljudi jemlje nadomestke vitamina D, preprečimo padec pri 1 človeku.

Epidemiologija zlomov, povezanih z vitaminom D

Leta 2005 je bil opravljen pregled literature, ki je prikazoval vpliv prehranskih dopolnil vitamina D na zmanjševanje zlomov. Strokovnjaki so proučili 12 kliničnih študij, ki so skupaj vsebovale 19.114 žensk, starejših od 65 let, ki so živele doma. Izkazalo se je, da prehranska dopolnila vitamina D zmanjšajo zlome kolka za 26 %, ostale nevretenčne zlome pa za 23 %. Takšen vpliv je bil viden le v tistih študijah, kjer so ženske dodatno prejemale 700-800 IE vitamina D na dan. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v študiji, kamor so vključili slabotne starejše institucionalizirane ljudi.

Obstajajo pa tudi študije, ki nakazujejo, da zgolj prehranska dopolnila vitamina D nimajo zadostnega vpliva na zmanjševanje zlomov, marveč naj bi kombinacija vitamina D in kalcija značilno zmanjšala pojavnost zlomov pri starejših ljudeh. Najnovejša meta analiza iz leta 2009, ki je proučevala visoko kvalitetne dvojno slepe randomizirane klinične študije, je skupno zajemala 42.279 ljudi, starejših od 65 let. Ugotovljeno je bilo, da je zmanjševanje nevretenčnih zlomov v povezavi z oralnimi prehranskimi dodatki vitamina D odvisno od koncentracije dodatka in neodvisno od prehranskih dodatkov kalcija.

Zaključek

Padce pri starejših je, prav tako kot z njimi povzročene zlome, mogoče preprečiti. Epidemiološke študije, opravljene v zadnjih 15 letih, kažejo na pozitivno delovanje vitamina D na mišice in centralni živčni sistem. Vitamin D tako ne izboljšuje samo ravnotežja pri hoji, ampak preprečuje tudi padce pri starejših in z njimi povezane poškodbe. Predpisovanje 800 IE vitamina D starejšim, pri katerih je diagnosticirano pomanjkanje, je preprosta intervencija, ki bi jo bilo morda smiselno vključevati v primarno in sekundarno preventivo padcev.

Tina Lipar

Lundholm Emma, Malmberg Gunnar. (2009). Between elderly parents and grandchildren: geographic proximity and trends in four-generation families. Working paper 309. November 2009. Oxford Institute of Ageing. Dostopno na: <http://www.ageing.ox.ac.uk/system/files/workingpaper309.pdf>

VMESNA GENERACIJA IN TRENDI V ŠTIRIGENERACIJSKIH DRUŽINAH

Emma Lundholm in Gunnar Malmberg s Centra za študije populacije na Univerzi Umca na Švedskem sta v Delovnem dokumentu št. 309, ki jih izdaja Oxfordski inštitut za gerontologijo v Veliki Britaniji, objavila izsledke empirične raziskave o strukturi štirigeneracijske družine na Švedskem, o položaju vmesne generacije, ki nudi pomoč odraslim otrokom pri varstvu vnukov in onemoglim staršem, ter o trendih v prihodnosti. Pri tem sta upoštevala tudi geografsko bližino, ki vpliva na možnost nudenja pomoči, in socialno-ekonomski položaj družinskih članov.

V večgeneracijskih družinah so pomoč in stiki med generaciji pogosto eden od ključnih socialnih virov za mlajšo in starejšo generacijo. To velja še zlasti v primeru, če živijo v bližini in če so drugi viri redki. Pomembno je vprašanje, kako porazdeliti pomoč, še zlasti, če jo je treba hkrati nuditi mlajši in starejši generaciji. Ta položaj se običajno opisuje kot položaj t.i. sendvič generacije, ki je še aktivna na trgu dela in po eni strani skrbi za svoje otroke, ki se še niso osamosvojili, po drugi pa za svoje ostarele starše. Novejše raziskave so pokazale, da so se v času, ko starši in tast oz. tašča potrebujejo nego in oskrbo, otroci že odselili od doma. Zato gre najpogosteje za pomoč odraslim otrokom, ki imajo že svoje potomce. Takšna neformalna oblika pomoči vnukom in ostarelim staršem je pomembno dopolnilo formalni pomoči s strani strokovnih služb.

Z demografskim staranjem se spreminja tudi demografska struktura družin in pogostnost štirigeneracijskih družin. Na število generacij v družini vplivajo naslednji trije

demografski procesi: daljša življenjska doba, manjša rodnost in nastanek starostnih vrzeli med generacijami. Daljša življenjska doba ima za posledico naraščanje števila še živčih generacij; posledica manjše rodnosti ni le povečanje števila ljudi brez otrok, ampak tudi zmanjšanje sorodstva v družini po horizontalni liniji, tj. zmanjšanje števila sorojencev ter sestričen in bratrancev. Gledano z daljše zgodovinske perspektive se je število generacij v družini nedvomno povečalo, vendar avtorja zavračata mnenje, da je to trajen proces zaradi podaljšanja življenjske dobe, zaradi česar naj bi se povečevalo število ljudi, ki živijo v družini s štirimi ali celo petimi generacijami. Na povečevanje števila generacij v družini negativno vpliva naraščanje starostnih vrzeli med generacijami. Odlaganje rojstva prvega otroka v poznejša leta (povprečna starost ob rojstvu prvega otroka v zahodni Evropi je 29 let in več) ima za posledico povečanje medgeneracijske vrzeli, manjša rodnost pa zmanjšanje velikosti naslednjih generacij. Ljudje postajajo starši in stari starši pozneje, kar vpliva na manjšo pogostnost štirigeneracijskih družin.

Daljša življenjska doba ima za posledico, da generacije v družini preživijo skupaj daljše obdobje. Zaradi tega postajajo medgeneracijski odnosi v družini za posameznika vedno bolj pomembni, še zlasti imajo pomembno vlogo stari starši. Za nastanek večgeneracijskih družin ni pomembna samo starost ob rojstvu prvega otroka, ampak tudi število potomcev. Več kot ima nekdo otrok, večja je verjetnost, da bo ob določeni starosti dobil vnuke. Od obstoja medgeneracijskih vrzeli je odvisno, koliko časa bodo vnuki živeli skupaj s starimi starši in prastarši, pa tudi, ali bo več ljudi v prihodnosti živelo v štirigeneracijskih ali celo petgeneracijskih družinah.

Več študij je pokazalo, da je funkcionalna pomoč starejših generacij, ki jo nudijo mlajšim, pogostejša, kot pa obratno. Starejše generacije so pomembne pri zagotavljanju finančne, čustvene

in funkcionalne pomoči mlajšim generacijam. Pri tem je za funkcionalno pomoč potrebna tudi geografska bližina, kar za ostali dve vrsti pomoči ne velja. Na Švedskem je geografska oddaljenost med posameznimi generacijami v družini večja v primerjavi z drugimi evropskimi državami. V eni izmed raziskav je 28 % vprašanih odgovarjalo, da ne morejo nuditi pomoči staršem zaradi geografske oddaljenosti. Različne študije ugotavljajo, da prihodnji trendi niso v povečevanju oddaljenosti, ampak v njenem zmanjševanju.

Avtorja pričujoče študije sta se za raziskavo vpliva daljše življenjske dobe, manjše rodnosti in poznejšega staršestva na sestavo družine na agregatni ravni opirala na Švedske registrske podatke, ki zajemajo celotno prebivalstvo in vključujejo informacije o večgeneracijskem registru (StatisticsSweden 2007), ki omogoča določanje sorodstvenih vezi (starši – otroci – vnuki) pri posameznikih na vzorcu. Poleg tega je v registru razvidna tudi geografska ločljivost kraja bivališča do 100 m, kar omogoča določitev geografske oddaljenosti med bivališči posameznikov (avtorja sta geografsko bližino označevala kot razdaljo, ki jo je mogoče v obeh smereh prevoziti z avtom v enem dnevu). Za vzorec sta izbrala skupino 55-letnikov v obdobju 1990 - 2005, za katero je verjetno, da imajo hkrati vnuke in še žive starše. Večina jih je še delovno aktivnih (v starostni skupini 55 - 69 je 69 % zaposlenih žensk in 71 % zaposlenih moških). V raziskavo je bilo zajetih 2.006.243 posameznikov, za katere sta avtorja pridobila podatke o spolu, izobrazbi, prihodkih, osebnem statusu in kraju bivanja. Poleg tega sta imela na voljo tudi podatke o njihovih otrocih, o njihovem kraju bivanja, letu rojstva, spolu, osebnem statusu, izobrazbi, številu otrok in starosti ob prvem rojstvu otroka. Za raziskavo strukture večgeneracijskih družin sta uporabila opis in regresivno analizo.

Analiza podatkov iz registra je za 55-letnike in njihove sorodnike pokazala, da se je vidno zmanjšal delež oseb, ki imajo vnuke: v letih

1990 in 2005 se je njihovo število zmanjšalo s 70 % na 35 %. Vendar po mnenju avtorjev tega ni mogoče pripisati povečanju deleža ljudi brez otrok, ker je bil ta v tem obdobju stalen, ampak poznejšemu rojstvu prvega otroka in naraščanju medgeneracijskih vrzeli. Po drugi strani ima več 55-letnikov leta 2005 v primerjavi z letom 1990 še žive starše (zaradi daljše življenjske dobe se je njihovo število v tem obdobju povečalo s 37 % na 47 %). Tako je bolj verjetno, da imajo še žive starše, kot pa da so postali stari starši. Posledično se je zmanjšal delež 55-letnikov, ki živijo v štirigeneracijskih družinah (ta se je med leti 2000 - 2005 zmanjšal z okoli 28 % na 18 %). Večina jih v živi v družini, ki jo sestavljajo dve ali tri generacije odraslih, le slaba tretjina živi v družini, kjer so tudi otroci.

Analiza podatkov je pokazala, da zmanjšanje števila oseb, starih 55 let, ki imajo vnuke, ni posledica njihove večje starosti pri rojstvu prvega otroka, ampak se je ta starost pomaknila navzgor pri njihovih otrocih (leta 1990 je devet od desetih 55-letnikov, katerih najstarejši otrok je imel 25 let ali več, imelo tudi vnuka; leta 2005 se je delež starih staršev zmanjšal na 50 %). To pomeni povečanje medgeneracijske vrzeli, vendar ne med 55-letniki in njihovimi otroci, ampak med njihovimi otroci in vnuki.

Pri analizi socialno-ekonomske strukture družin sta avtorja uporabila podatke o stopnji izobrazbe in ugotovila, da razlike v stopnji izobrazbe vplivajo na velikost deleža ljudi, ki imajo vnuke pri 55 letih. Čeprav je zmanjšanje deleža opazno pri osebah z nižjo in višjo stopnjo izobrazbe, je zmanjšanje bolj izrazito pri osebah z višjo izobrazbo, kar je povezano s tem, da so njihovi otroci pozneje postali starši. Za 55-letnike z višjo izobrazbo je nadalje bolj verjetno, da imajo še živega enega od staršev, kot pa je to pri osebah z nižjo izobrazbo (kot so potrdile različne raziskave, je dolgoživost v različnih socialno-ekonomskih skupinah različna), čeprav se je delež oseb, ki imajo še žive starše, povečal

v obeh skupinah. Raziskava je pokazala, da je bil med 55-letniki, ki pripadajo štirigeneracijski družini, do leta 1996 večji delež v skupini z višjo izobrazbo, pozneje pa se je povečal v skupini z nižjo izobrazbo. Po mnenju avtorjev je to posledica medgeneracijske vrzeli in ne daljše življenjske dobe.

Kar zadeva geografsko bližino, pričujoča raziskava ni potrdila trditve, da naj bi se geografska oddaljenost med generacijami povečevala. Med 55-letniki, ki so stari starši, ima večina vnuka, ki živi v oddaljenosti do 50 km. Trije od štirih starih staršev imajo vsaj enega vnuka, ki ga je mogoče obiskati v enem dnevu. Zmanjšal pa se je delež tistih, ki imajo vsaj enega vnuka, ki je oddaljen 50 km. To je mogoče pojasniti z dejstvom, da je med bivališči posameznih generacij v družini večja geografska oddaljenost, ali pa z dejstvom, da so imeli 55-letniki leta 1990 več vnukov, zaradi česar je bila večja verjetnost, da bo vsaj eden od njih živel v bližini. Ob upoštevanju geografske oddaljenosti med 55-letniki in najstarejšim otrokom sta avtorja dobila nekoliko drugačno podobo: delež starih staršev, ki so do 50 km oddaljeni od svojih vnukov, je ostal stalen, povečala pa se je oddaljenost med starši in odraslimi otroci, ki so brez otrok. Nadalje sta avtorja ugotovila, da se med 55-letniki, ki imajo še žive starše, geografska oddaljenost do staršev v letih 1990 - 2005 ni povečala (blizu 70 % jih je od njih oddaljenih do 50 km).

Avtorja sta nadalje raziskala trend geografske bližine in sociodemografske značilnosti 55-letnikov in njihovega prvorojenca, ki živi v oddaljenosti manj kot 50 km. Pokazalo se je, da je med 55-letniki bolj verjetno, da ženske živijo v bližini svojih odraslih otrok kot pa moški, in da je to bolj verjetno za zakonske pare kot pa za samske osebe. Manj verjetno pa je pri 55-letnikih z višjo izobrazbo kot pa z nižjo. Če je najstarejši otrok sin, je večja verjetnost, da živi v bližini svojih staršev, kot če je to hči. Prav tako se je ta delež povečal pri osebah, ki so dobile vnuke in

v primerih, ko so otroci samohranilci. Izsledki raziskave kažejo na to, da so 55-letniki v zadnjih letih bolj nagnjeni k temu, da živijo v bližini svojih prvorojencev.

Pričujoča raziskava je na primeru analize strukture švedskih družin pokazala, da na trend povečevanja štirigeneracijskih družin zaradi daljše življenjske dobe negativno vpliva naraščanje medgeneracijskih vrzeli in da se bo posledično zmanjšal njihov delež. V obdobju 1990 - 2005 se je vidno zmanjšal delež 55-letnikov, ki imajo hkrati vnuke in še žive starše. Po podatkih, ki so na voljo, ni razloga za pričakovanje, da bi v bližnji prihodnosti narasel delež 55-letnikov, ki bi nudili pomoč vnukom in svojim ostarelim staršem. Četudi se bo trend poznejšega starševstva pri prihodnjih generacijah zmanjšal, bo večja medgeneracijska vrzel v sedanji generaciji obstajala še naprej, kar zmanjšuje verjetnost pogostnosti štirigeneracijskih družin v prihodnosti. Če se bo medgeneracijska vrzel nadaljevala tudi v prihodnjih generacijah, se bo povprečno število generacij v družini še zmanjšalo. Zaradi manjše rodnosti in povečanja medgeneracijskih vrzeli na Švedskem ni splošnega trenda povečanja števila generacij. Čeprav so bili v raziskavi uporabljeni podatki za Švedsko, je trend odlaganja rojstva otrok razširjen po vsej Evropi. V večini današnjih družin obstajata dve generaciji zdravih, neodvisnih staršev ter onemogli starši ali pa otroci, ki potrebujejo pomoč. Po predvidevanjih bo v prihodnosti manjši del starejših živel v bližini svojih otrok in vnukov, vendar ne zaradi migracije, ampak zaradi zmanjšanja števila sorodstva.

Pričujoča študija prinaša podrobno analizo vpliva demografskih sprememb na velikost in strukturo družine. Njeni pomembni ugotovitvi sta, da se delež štirigeneracijskih družin zaradi daljše življenjske dobe ne povečuje in da med generacijami v družini ni trenda povečevanja geografske oddaljenosti.

Tanja Pihlar

WHO, 2010. Elder abuse and alcohol.

V: http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse/en/ (sprejem 23.12.2011).

ZLORABA STAREJŠIH IN ALKOHOL

Zloraba starejših je definirana kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje, ki povzroči škodo ali bolečino starejšemu človeku oziroma kot izogibanje dejanjem, ki bi škodo ali bolečino preprečila. Do zlorabe lahko pride v katerem koli odnosu, kjer je pričakovati zaupanje med ljudmi. Zloraba starejših se pojavlja v različnih oblikah: kot psihična, fizična in spolna zloraba, finančno izkoriščanje, zanemarjanje ali samo-zanemarjanje, zloraba zdravil, zapuščenost, marginalizacija starejših ljudi v institucijah ali socialnih in ekonomskih programih.

Zaradi staranja prebivalstva se povečujejo tudi skrbi glede zlorabe starejših. Globalna populacija ljudi, starejših od 60 let, naj bi se s 672 milijonov v letu 2005 povečala na 1.9 milijarde do leta 2050. Preventiva zlorab starejših teži k natančnemu ugotavljanju pojavnosti zlorab, hkrati s prepoznavanjem in odstranjevanjem dejavnikov tveganja. Tvegano uživanje alkohola je tako eden izmed dejavnikov tveganja za zlorabo starejših.

Zloraba starejših

Zloraba starejših v skupnosti (kamor je vključeno tudi zanemarjanje s strani oskrbovalcev, psihično, fizično in finančno zlorabljanje) niha med 4 in 6 % v Kanadi, na Finskem, Nizozemskem, v Veliki Britaniji in Združenih državah Amerike. Nedavna študija, opravljena v Koreji, je pokazala 6,3 % zlorabo starejših ljudi, medtem ko je odstotek zlorab v Izraelu večji, 18,4 %, predvsem na račun zanemarjanja. Kombinacija razlik med kulturami v odnosu do starejših ljudi, razlik med dojemanjem zlorab in definicijami letih, onemogoča enostavno primerjavo pojavnosti zlorab med različnimi državami. Prav tako je težko oceniti pojavnost zlorab v varstvenih ustanovah, ki pa naj bi po številu presegale tiste

v skupnosti. V Združenih državah je negovalno osebe v 10 % priznalo fizično in v 40 % psihično zlorabljanje starejših ljudi.

Uživanje alkohola

V vseh starostnih skupinah se poraba alkohola na prebivalca razlikuje med posameznimi državami. V Luksemburgu naj bi bilo tako 2,5 % abstinentov, v Egiptu 99,5 %. Največja poraba alkohola je v državah, kjer imajo ljudje visoke prihodke, vztrajno pa poraba raste tudi v revnejših državah (države jugovzhodne Azije). Študije, opravljene v državah z višjimi prihodki, so pokazale, da naj bi starejši v primerjavi z mlajšo generacijo uživali manj alkohola. S staranjem povezane fiziološke spremembe lahko znižajo posameznikovo toleranco glede uživanja alkohola. To pomeni, da starostniki pri manjšem vnosu alkohola kot mlajši začutijo enake znake opitosti. Nadalje pa lahko znake alkoholizma napačno ocenimo kot starostni pojav.

Povezava med uživanjem alkohola in zlorabo starejših

Posamezniki, ki imajo težave s prekomernim uživanjem alkohola, so pogosto finančno odvisni od sorodnikov (vključujoč starejše ljudi). To lahko vodi do finančnih in materialnih zlorab. Oskrbovalci, ki zlorablajo alkohol, lahko zanemarjajo obveznosti do starejših ljudi, za katere naj bi skrbeli. Okrnjena presoja in spomin, povzročena s tveganim uživanjem alkohola pri starejših ljudeh, jih lahko naredi ranljive za zlorabo. Oskrbovalci lahko starejše spodbujajo k pitju alkohola, v želji narediti oskrbovance bolj ubogljive ali jih finančno izkoristiti. Starejši, ki so ali še naprej doživljajo zlorabo in zanemarjanje, lahko pijejo alkohol v večjih količinah, da na zlorabo pozabijo. Tvegano pitje alkohola je dejavnik tveganja za nasilje znotraj partnerskega odnosa tudi pri starejših zakoncih.

Razsežnost z alkoholom povezanih zlorab pri starejših ljudeh

Večina raziskav, ki so proučevale vlogo alkohola pri zlorabah starejših, je bila narejena v Severni Ameriki in v Veliki Britaniji. Ključne ugotovitve so navedene spodaj.

- V Združenih državah Amerike je 44 % moških in 14 % žensk, ki zlorablajo svoje starše (starejše od 60 let), odvisnih od alkohola.
- V Veliki Britaniji je 45 % ljudi, ki skrbijo za starejše ljudi, priznalo zagrēšitev ene izmed vrst zlorab. Oskrbovalčevo prekomerno pitje alkoholnih pijač se je izkazalo kot vodilni dejavnik tveganja za zlorabo starejših.
- V Kanadi so v okviru programa ozaveščanja starejših ljudi, pri katerih je prisotno tvegano uživanje alkohola ali uživanje psihoaktivnih snovi, ugotovili, da je prišlo do psiholoških, fizičnih ali finančnih zlorab pri 15 - 20 % starejših, vključenih v program.
- V Kanadi so v okviru nacionalne raziskave zlorab starejših ugotovili, da hudo popivanje oskrbovalcev vodi do 14,6 % incidentov zlorab med starejšimi. Naslednjih 18,7 % zlorab pa naj bi bilo sekundarno povezanih z uživanjem alkohola (zloraba alkohola naj bi bila tako eden izmed vzročnih dejavnikov za zlorabo).
- V Veliki Britaniji je škodljivo uživanje alkohola pri oskrbovalcih bolj povezano s fizičnimi zlorabami kot z zanemarjanjem starejših. V Združenih državah Amerike pa je najpogostejše samo-zanemarjanje starejših v povezavi s tveganim uživanjem alkohola.

V manj razvitih državah je zelo malo študij o vplivu alkohola na zlorabe starejših, vseeno pa drugi informacijski viri kažejo na pomembno povezavo med prej omenjenima pojavoma. V Južni Afriki je npr. iz vladnega poročila mogoče razbrati primere zlorab starejših. Tukaj so glavni povzročitelji zlorab odrasli otroci, ki imajo težave z uživanjem alkohola in porabijo pokojnine svojih staršev za alkohol. Znanec pa so tudi fizične in spolne zlorabe starejših žensk.

Dejavniki tveganja za zlorabe starejših, povezane z alkoholom

Dejavniki tveganja za zlorabe starejših ljudi so kognitivni in telesni upad ter socialna izolacija. V nekaterih predelih sveta pa predstavlja dejavnik tveganja tudi spol, predvsem ženski. Za storitev dejanja zlorabe pa so dejavniki tveganja finančne težave, odvisnost od starejših ljudi in duševne bolezni. Kulturni dejavniki tveganja vključujejo staromrznost, seksizem in tolerantnost do nasilja. V nekaterih prehodnih in revnejših državah so kulturne spremembe vodile do povečanja ranljivosti glede zlorab starejših prebivalcev. Kulturne spremembe so izguba tradicionalnih vlog starejših ljudi, propadanje družinskih in skupnostnih vezi in visoka nezaposlenost.

Pri starejših ljudeh, ki tvegano uživajo alkohol, je povečano tveganje za samo-zanemarjanje, poveča pa se tudi ranljivost za ostale vrste zlorab. Tveganje za zlorabo starejših ljudi se občutno poveča, če ima družinski član, posebno potomec starejšega človeka, težave s pitjem in je od starejšega človeka finančno odvisen. Starejši v takšnem primeru tudi dlje časa ostanejo v odnosu, kjer se zlorabe dogajajo.

V Južni Afriki zlorabo starejših ljudi povezujejo z revščino, javnimi nemiri in pomanjkanjem zakonov, ki bi ščitili starejše ljudi. Tako le-ti postanejo lahke tarče izkoriščanj.

Posledice

Tako zloraba starejših kot tvegano uživanje alkohola pri starejših imata podobne posledice. Oba lahko vodita do fizičnih poškodb, finančnih težav, socialne osamljenosti, slabe prehranjenosti, čustvenih in psiholoških problemov, vključujoč depresijo, kognitivni upad in upad spomina. Starejši ljudje so pogosto telesno šibkejši, kar pomeni, da povzroči fizično nasilje večje poškodbe in da okrevanje traja dlje. Žrtve finančnih zlorab imajo pogosto nizke dohodke in manj možnosti za nadomestitev izgubljenega denarja, zato so posledice toliko večje. Zloraba starejših

lahko zniža življenjsko dobo starejšega človeka, vodi do depresij, v nekaterih primerih postane celo vzrok za tvegano pitje alkohola, kot način za spoprijemanje z zlorabo. Tvegano uživanje alkohola je povezano s številnimi zdravstvenimi težavami, ki znižujejo življenjsko dobo. To so kardiovaskularne bolezni, rak in poškodbe (padci, opekline). Pri starejših ljudeh tudi metabolizem alkohola poteka počasneje, zato se lahko posledice tveganega pitja pokažejo prej in pri manjši količini zaužitega alkohola.

Preventiva

Preventivne dejavnosti za zmanjševanje zlorabe pri starejših vključujejo varovalne in podporne dejavnosti, izobraževalne programe in obvezne, sprotne prijave zlorab starejših ljudi. Te prijave naj bi opravljali vsi strokovni delavci, ki so v stiku s starejšimi ljudmi. Identifikacija žrtev nasilja med starejšimi ljudmi je tako ključ do preprečevanja zlorab.

Zdravstveni programi presejanja za starejše ljudi, ki tvegano uživajo alkohol, in za žrtve zlorab med starejšimi se v primarni zdravstveni oskrbi, postajah nujne medicinske pomoči in na geriatričnih oddelkih premalo izvajajo. Da bi se programi presejanja uspešno vpeljali v prej omenjene zdravstvene dejavnosti, je potrebno najprej izobraziti zdravstvene delavce, da bodo prepoznali znake zlorab. Tako sta tvegano pitje alkohola in zloraba starejših lahko spregledana, če strokovni delavec meni, da sta socialni umik in težave s spominom normalna spremljevalca starosti. Zavedati se moramo tudi, da lahko pri starejšem človeku spregledamo znake zlorab, če starejši človek uživa alkohol in obratno.

Poznavanje pravic zlorabljenih ljudi in podpornih služb, na katere se žrtve lahko obrnejo, so ključnega pomena pri svetovanju žrtvam zlorabe.

Na splošno imamo premalo znanja o učinkoviti preventivi zlorab starejših, povezanih z alkoholom, pomanjkljivo pa je tudi razumevanje sekundarne preventive in metod zdravljenja.

Intervencije, ki so zmanjšale porabo alkohola tako v populacije kot pri posameznikih, so se izkazale za učinkovite pri zmanjševanju nasilja. V Združenih državah Amerike so ugotovili, da se s poviševanjem cen alkoholnih pijač zmanjšuje nasilje. Specifični učinki zmanjševanja porabe alkohola v populaciji na zlorabe starejših še niso bili izmerjeni. Posledično se kaže potreba po boljšem razumevanju, odkrivanju in preventivi zlorab starejših ljudi.

Vloga javnega zdravstva

Preventiva nasilja v javnem zdravstvu vključuje številne podatke in raziskave, ki naj bi zagotovili boljše razumevanje obsega, vzrokov in posledic nasilja in nuje, da se v skupnosti začno izvajati učinkovite intervencije za preprečitev nasilja. Pri zlorabah starejših, ki so povezane z alkoholom, se javno zdravstvo poslužuje spodaj napisanih dejavnosti.

- Zbiranje in primerjanje informacij o pojavnosti zlorab starejših, o ravneh uživanja alkohola, o vzorcih pitja med starejšimi in o z alkoholom povezanih težavah.
- Pospoševanje načrtnega prepoznavanja zlorab starejših v geriatričnih ustanovah, v službah oskrbe na domu in ostalih zdravstvenih enotah.
- Promocija, izvajanje in vrednotenje raziskav, ki proučujejo zlorabe starejših, povezane s tveganim uživanjem alkohola, tako pri žrtvah kot pri storilcih zlorab. S tem želijo izboljšati razumevanje obsega problema, preventivne dejavnike in dejavnike tveganja.
- Ovrednotenje zdravstvenih, ekonomskih in družbenih stroškov, povezanih z zlorabami starejših.
- Prepoznavanje, ovrednotenje in izvajanje intervencij v širšem obsegu, ki se kažejo kot učinkovite v preventivi z alkoholom povezanih zlorab starejših ljudi.
- Zagotovitev, da specialistične službe nudijo podporo ljudem, ki imajo težave z uživanjem

alkohola in da strokovni delavci v splošnih zdravstvenih službah znajo prepoznati z alkoholom povezane težave pri starejših in razumejo njihovo povezavo z nasiljem.

- Povezovanje številnih organizacij, ki delujejo na preventivi zlorab starejših, s pospeševanjem zavedanja o povezavi med tveganim uživanjem alkohola in zlorabami starejših.
- Izvajanje strategije za zmanjševanje tvegane uživanja alkohola znotraj populacije in zmanjševanje staromrznosti. Starejšim ljudem nudijo pravico sodelovanja v družbi in jim omogočajo, da lahko v družbi dostojno živijo.

Strategija

Tvegano uživanje alkohola in zloraba starejših ljudi sta bila prepoznana kot ključni zdravstveni težavi, ki zahtevata vso pozornost. Na državni in mednarodni ravni imajo zdravstvene organizacije ključno vlogo pri izvajanju strategij, ki se dotikajo povezave med uživanjem alkohola in zlorabami starejših. S tem pospešujejo promocijo preventivnih pobud, ki naj bi izboljšale javno zdravje. Svetovna zdravstvena organizacija vodi in uvaja številne raziskave, išče učinkovite preventivne strategije in spodbuja aktivnost držav članic za izvajanje učinkovitih intervencij in strategij za zmanjševanje tvegane pitja in nasilja. Glede problema alkoholizma svetovna zdravstvena organizacija primerja in širi znanstvene informacije o porabi alkohola, razvija globalne in regionalne raziskave, podpira države pri povečevanju učinkovitosti merjenja porabe alkohola in z njimi povezanih posledic. Spodbuja pa tudi preventivo, identifikacijo in zdravljenje posledic pitja v primarnih zdravstvenih ustanovah. Svetovna zdravstvena organizacija je na področju nasilja uvedla globalno kampanjo za preventivo nasilja. Začela se je leta 2002, njen namen pa je povečevanje zavedanja problema medosebnega nasilja (vključujoč zlorabo starejših). Poudarja vlogo javnega zdravstva v preventivi nasilja,

globalno povečuje aktivnosti za preventivo nasilja, tako regionalno kot nacionalno. Pristop za preventivo nasilja je opisan v poročilu Svetovne zdravstvene organizacije, in ima naslov *Svetovno poročilo o nasilju in zdravju*.

Za razvoj strategije za preprečevanje nasilja pri starejših je delovna enota, ki se ukvarja z različnimi vidiki staranja pri Svetovni zdravstveni organizaciji v različnih državah, uvedla raziskavo da bi ugotovila dojemanje in poglede na zlorabo starejših v različnih družbah.

Tina Lipar

Kuennen Jan Willem, Van Osselaer Joris, Berz Kilian, Kaye Christopher, Sander Alison, Schouten Wouter-Jan, Tsusaka Miki (2011). How Companies Can Adapt to Reality? V: The Boston Consulting Group - Global Aging Report, december 2011, str. 1-2.

PRILAGAJANJE GOSPODARSKIH DEJAVNOSTI DEMOGRAFSKIM SPREMEBAM

Novo poročilo Bostonske svetovalne skupine (*Boston Consulting Group – BCG, 2011*) poudarja, da bodo morale glavne gospodarske dejavnosti, če bodo hotele v naslednjih desetletjih ostati še naprej konkurenčne, upoštevati učinke globalnega staranja tako pri svojih zaposlenih kot pri poslovnih partnerjih.

Uvodna ugotovitev

Do demografskih sprememb prihaja, ker ljudje živijo dlje in imajo manj otrok. V razvitih državah se je povprečno trajanje življenja podaljšalo s 66 let v letu 1950 na 78 let v letu 2010. Stopnja rodnosti se je v istem obdobju znižala z 2,8 na 1,7 otroka na žensko. Tem kazalnikom postajajo vse bolj podobni tudi kazalniki hitro razvijajočih se gospodarstev. V svetovnem merilu se je število starih 65 let in več na 100 delovno aktivnih ljudi dvignilo z 8 v letu 1950 na 12 v letu 2010 in naj bi leta 2050 znašalo kar 25. Spremembe so velike in bodo močno vplivale na gospodarske dejavnosti.

Globalno staranje bodo gospodarske dejavnosti občutile pri delu, kjer bodo potrebna starosti prilagojena dela; pri rasti, kjer bo starejše prebivalstvo predstavljalo izziv; pri kapitalu, kjer se bo treba spoprijeti s spremenjenimi razmerji med ponudbo in povpraševanjem in upokojitveno dilemo; ter pri potrebah potrošnikov, kjer bo treba poiskati nove priložnosti v 'srebrnem segmentu'.

Delo

Zaradi starejše delovne sile in manj dela bo za podjetja izziv ohraniti visoko produktivnost in zagotavljati dovolj dela. Za ohranjanje produktivnosti bodo potrebna 'starosti prijazna' delovna mesta (zlasti za fizično zahtevna dela), spodbujanje vitalnosti, zdravstvene ozaveščenosti ter motivacije pri delu. Glede razpoložljivosti delovne sile bo pričakovan odliv človeškega kapitala (zaradi upokojitve) zahteval skrbno načrtovanje in prenos strokovnega znanja, kakršnega doslej še ni bilo. V svetovnem merilu naj bi se tako leta 2010 na vsake tri novozaposlene upokojila 1 oseba, do leta 2050 pa naj bi se to število več kot podvojilo.

Rast

Nižja rast delovno aktivnega prebivalstva od 15. do 64. leta bo v razvitih gospodarstvih vplivala na nižjo rast bruto domačega proizvoda, kar bo imelo za gospodarske dejavnosti negativne posledice. Medtem pa lahko v hitro razvijajočih se gospodarstvih pričakujemo večjo produktivnost (doseženo s tehnološkim napredkom, optimizacijo procesov, večjo učinkovitostjo ter zunanjo pomočjo), ki bo izravnala negativne demografske posledice. Zaradi tega bo gospodarska polarizacija dveh hitrosti izrazitejša, stopnja rasti se bo v številnih razvitih državah še naprej zniževala, medtem ko bo v razvijajočih se gospodarstvih visoka. Gospodarske dejavnosti bodo zato morale preučiti možnosti, kot je povečanje njihove prisotnosti v državah z visoko rastjo, iskanje priložnosti za rast v razvitih gospodarstvih, usmerjanje v vitkejšje poslovne modele, tako da

bodo nenehno iskale nove načine za povečanje dobička, ohranjanje konkurenčnosti, zmanjševanje stroškov in optimizacijo procesov.

Kapital

Vpliv staranja prebivalstva na kapital kot na naslednji vir gospodarskih dejavnosti je lahko precejšen. Nižja rast bruto domačega proizvoda bo lahko zmanjšala povpraševanje po kapitalu, če bo večje število ljudi začelo varčevati za upokojitvev in s tem vplivalo na razmerje med povpraševanjem in ponudbo. Rezultat tega bodo nižje realne obrestne mere. Hkrati pa bo staranje zaradi vse večjih stroškov za pokojnine ter zdravstveno in socialno varstvo še naprej obremenjevalo javne finance. Poleg tega bo lahko velik javni dolg na nekaterih trgih vodil do povečanja ponudbe denarja, kar bo povzročilo višjo inflacijo. Glede na to, da veliko dejavnikov vpliva na obrestne mere, se morajo gospodarske dejavnosti pripraviti na različne scenarije. Ena od možnosti je podaljšano obdobje nizkih realnih obrestnih mer, ki sovpada z obdobjem visoke inflacije.

Potrebe potrošnikov

V prihodnjih 20 letih bodo prebivalci, stari 55 let in več (t.i. 'srebrni segment') predstavljali velik del prebivalstva in bo delež njihove porabe na nekaterih razvitih trgih dosegel najmanj 50 % celotne porabe, na drugih trgih pa bo celo presegel 80 %. Take razmere od gospodarskih dejavnosti zahtevajo temeljito poznavanje te heterogene starostne skupine, zato bodo morale prilagoditi svojo ponudbo in tržne pristope spreminjajočim se željam potrošnikov, ki se starajo. Številni starejši ljudje se ponavadi bolj kot za svoj družbeni položaj in materialne dobrine zanimajo za proizvode, ki so preprosti za uporabo in s katerimi širijo svoje obzorje, kot so potovanja, nadaljnje izobraževanje itd.

Soavtor poročila Bostonske svetovalne skupine Kuenen meni, da »se s pravim pogledom v prihodnost in pripravljenostjo na ukrepanje lahko morebitni negativni vpliv staranja pretvori

v pozitivnega. Gospodarske dejavnosti, ki se zavedajo velikosti problema in temu ustrezno ukrepajo - ne le za njegovo obvladovanje, ampak tudi zato, da iz njega potegnejo koristi-, se bodo najbolj prilagodile novim razmeram in jih izkoristile.«

Zaključek

Ekonomski vidik (povečanje dobička, ohranjanje konkurenčnosti, zmanjševanje stroškov in optimizacija procesov) je res pomemben, vendar ni zadosten, saj je treba upoštevati tudi druge doslej zanemarjene razvojne vidike, kot so socialni (medsebojni odnosi), okoljevarstveni itd.

Ksenija Saražin Klemenčič

Senka Rendulić Silvar, Oto Kraml (2011). Važnost hidroterapije u očuvanju kvalitete života osoba starije životne dobi. V: Sportska rekreacija u funkciji unapređenja zdravlja, M. Andrijašević (ur), D. Juraković (ur). Osijek: Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet, Udruga kineziologa Grada Osijeka, str. 280 – 285.

POMEMBNOST HIDROTERAPIJE ZA OHRANJANJE KAKOVOSTI ŽIVLJENJA OSEB V STAREJŠEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU

V sedanjem času je vedno več spoznanj, ki govorijo o preventivni dejavnosti rednega gibanja in športnorekreativnega udejstvovanja v povezavi z obolenji ljudi v poznejših letih. Med posamezne koristne dejavnosti spada tudi hidroterapija. Avtorja opozarjata na pomen hidroterapije, kjer ima vadba v vodi, še posebej gimnastika (hidrogimnastika), pomembno vlogo. Tvrstne dejavnosti se odvijajo predvsem v zdraviliščih oz. v ustreznem zdraviliškem okolju. Pri celostni obravnavi, zlasti starejših ljudi, je v posameznih zdraviliščih potrebno timsko (skupinsko) delo. Pri tem naj sodelujejo fiziater, internist, fizioterapevt, psiholog-psihoterapevt,

socialni delavec, strokovnjak s področja športa in medicinska sestra.

Hidroterapija (grško: *hidor* – voda, *therapeia* – zdravljenje) je definirana kot zunanja ali notranja uporaba vode v kateremkoli stanju (tekočem, trdem, pari), katere cilj je zdravljenje različnih bolezni in bolezenskih stanj. Hidrogimnastika oz. hidrokinetoterapija pomeni vadbo v vodi, hojo in tek v vodi, tek na mestu, različne gimnastične vaje v vodi in druge dejavnosti. Vadba v vodi je nezamenljiv del vadbenega programa v toplicah zaradi ugodnega učinkovanja na aerobne sposobnosti organizma, krepitev mišičja, sprostilnih učinkov in ugodnih učinkov na lokomotorni (gibalni - op. p.) sistem.

Različne vrste in dejavnosti hidroterapije se s pridom uporabljajo pri vzpostavljanju celovitega ravnovesja v vsakodnevem življenju starejših ljudi, prav tako pa so pomemben sestavni del *wellnes* oz. protistresnih programov. Ti programi se lahko uporabljajo tudi kot preventivni dejavniki v odnosu na sodobne civilizacijske bolezni (bolezni sedanjega časa), kot so debelost, hipertenzija (povišanje krvnega tlaka), osteoporoza (bolezen kosti), diabetes (sladkorna bolezen), degenerativne bolezni lokomotornega oz. gibalnega sistema, bolečine v hrbtu, depresije in druge.

Pri uporabi in izvajanju posameznih programov hidrokinetoterapije pridejo do izraza štirje fizikalni faktorji, ki delujejo na človeško telo, potopljeno v vodo. To so vzgon, hidrostatični tlak, odpor vode in temperatura vode. Terapevtski cilji, ki jim sledimo s programi kinetoterapije v bazenu, so pri raznolikih aktivnostih v vodi lažje dosegljivi, ker se posamezne vaje lahko izvajajo v večjem obsegu. Vzgon vode pomembno vpliva na razbremenitev in sprostitvev lokomotornega (gibalnega) sistema. Sila vzgona olajša izvajanje gibov v vodi, ki so usmerjeni navzgor, na drugi strani pa se odpor vode izkorišča za gibanje v smeri navzdol, kar pomaga krepiti ustrezno mišičje in pripomore k stabilizaciji nestabilnih sklepov.

Z vadbo v vodi in predvsem s pomočjo različnih gimnastičnih vaj je mogoče vplivati tudi na dihalno funkcijo oz. dihalne sposobnosti posameznika. Dihanje je pri vadbi nekoliko pospešeno in poglobljeno. Zato je to v bistvu tudi trening dihalnega sistema in kostno-mišičnih ter vezivnih struktur prsnega koša. Če je v vadbenem programu postavljen cilj krepitev prsnega in trebušnega mišičja ter mišic zgornjih okončin, hkrati pa tudi izboljšanje aerobne vzdržljivosti, potem bo pri vadbi v vodi treba izbrati horizontalni položaj, kar velja tudi za glavo. Na ta način je celotno telo izpostavljeno vplivu vzgona in hidrostatičnega tlaka na kar se da veliki površini.

Hidrostatični tlak deluje pretežno na srčno-žilni in dihalni sistem v smislu večjega obremenjevanja teh sistemov. Ko vadeči stoji v vodi, največji hidrostatični tlak deluje na stopala. Tako si razlagamo učinek hidroterapije na izboljšanje krvnega obtoka, zmanjšanje oteklin v spodnjem delu nog zaradi slabosti delovanja limfnega in venskega sistema. Poleg tega hidrostatični tlak ugodno deluje pri izvajanju vaj z odporom pri osebah s težavami respiratornega oz. dihalnega sistema. Izvajanje vaj malo pod površino vode je lažje kot na površini, kjer je odpor večji. To dejstvo lahko s pridom uporabljamo pri načrtovanju vaj z odporom za izboljšanje moči. Za povečanje obremenitve v vodi se uporabljajo tudi različni pripomočki, ki omogočajo ustvarjanje še večjega odpora pri gibanju zgornjih in spodnjih okončin skozi vodo (posebne rokavice, različne voodoporne uteži, ravne plavalne deščice, elastični trakovi, posebej skonstruirani čevlji itd.), prav tako pa se za povečanje obremenitve v vodi uporabljajo tudi nasprotni vodni tokovi. Vse to pa vodi k izboljšanju funkcije mišičja, če pa želimo večji vpliv na aerobno vzdržljivost, pa povečamo hitrost izvajanja posameznih vaj oz. aktivnosti v vodi.

Temperatura vode, v kateri potekajo različne gibalne dejavnosti, je prav tako pomemben dejavnik pri hidroterapiji. Pri tem pa je potrebna

določena previdnost. Višja temperatura vode ima namreč lahko pri osebah s povečano količino tolašče in ob povečani gibalni dejavnosti v vodi neželene učinke. Maščobne celice oz. maščevje se v telesu pojavljajo kot izolator, ki zadržuje toploto, kar pomeni, da lahko pride do nezaželenega povišanja telesne temperature. Zato mora biti celotna dejavnost pod strokovnim in zdravniškim nadzorom.

Avtorja v sklepnem delu ugotavljata, da je treba z vidika športne stroke in znanosti (kineziologije oz. športoslovja) učinke hidroterapije oz. hidrogimnastike (vodne gimnastike) in drugih gibalnih aktivnosti v bazenu nenehno spremljati in sistemsko preučevati. Kot je navedeno, je najpomembnejše spremembe in učinke mogoče pričakovati na srčno-žilnem in lokomotornem (gibalnem) sistemu starejših ljudi. Dodajata še, da je treba tovrstnim dejavnostim posvetiti več pozornosti kot doslej.

Herman Berčič

Maja Puhovski, Ana Aljinović, Mirka Jakšić, Tomislav Vlahović (2011). Utjecaj tai chi programa vježbi na stabilnost in prevenciju padova u starijoj životnoj dobi. V: Sportska rekreacija u funkciji unapređenja zdravlja, M. Andrijašević (ur), D. Juraković (ur). Osijek: Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet, Udruga kineziologa Grada Osijeka, str. 273 – 279.

VPLIV TAI CHI PROGRAMOV VADBE NA STABILNOST IN PREPREČEVANJE PADCEV V STAREJŠEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU

Ostati čim dlje zdrav in opravilno sposobni, hkrati pa uživati sadove življenja tudi v poznejših letih, je želja večine ljudi, ki so prešli v tretje življenjsko obdobje. Številne poti vodijo starejše ljudi k bolj ali manj uspešnemu staranju, vsak pa si mora izbrati svojo, ker se ljudje med seboj bistveno razlikujemo po telesnih in umskih sposobnostih, osebnostnih značilnostih, psihičnem in doživljaljskem svetu, socialnih

interakcijah, duševnem in duhovnem ustroju in še v nekaterih drugih značilnostih in sposobnostih. Pravilno izbrana individualna pot naj bi vodila k uspešnemu in kakovostnemu življenju v poznejših letih.

Zaradi navedenega se danes vse več raziskovalcev z različnih strokovnih in znanstvenih področij ukvarja s povsem konkretnimi vprašanji ohranjanja in izboljšanja kakovosti življenja starejših ljudi. Nekaj jih je usmerjenih tudi v iskanje načinov in poti, s katerimi bi izboljšali posamezne človekove funkcije. S starostjo se namreč pojavljajo številni problemi, ki so posledica slabitve delovanja posameznih organskih sistemov in podsistemov. V ospredju je slabše delovanje lokomotornega aparata, torej aparata za gibanje. Slabijo predvsem funkcije kostno-sklepnega, kostno-mišičnega in živčno-mišičnega sistema. Posledično se starejši ljudje počutijo gibalno manj sposobni, manj stabilni in slabše reagirajo na številne zunanje dražljaje. Živčno-mišična funkcija je upočasnjena, zmanjšujejo se motorične sposobnosti, predvsem moč, koordinacija, gibljivost in ravnotežje.

Številne študije so pokazale, da sta porušeno ravnotežje in izguba moči spodnjih okončin največja dejavnika tveganja za izgubo funkcije lokomotornega sistema in največ prispevata k pojavom padcev pri starejših ljudeh. Pogosti padci pri starostnikih so posledica zmanjšane stabilnosti, posledični zlomi pa spremenjene strukture kosti oz. osteoporoze. Zlomi starejšim ljudem povzročajo številne probleme, omejujejo njihovo vsakodnevno opravilno sposobnost, pri nekaterih pa imajo še hujše posledice. S staranjem se število padcev povečuje. Na osnovi raziskave (*Evitt in Quigley, 2004*), sta avtorja ugotovila, da 30-50 % starejših oseb, starih 60 let in več, ki so bivali v domovih za starejše ljudi, pade enkrat letno, najmanj 10-20 % pa jih pade več kot enkrat. K vsemu temu veliko prispeva tudi pomanjkanje gibanja oz. telesnih in športnorekreativnih aktivnosti.

Do sedaj so bila objavljena številna dela, ki kažejo na ugoden učinek telesne aktivnosti na splošno stanje preiskovanca, na njegov kardiovaskularni sistem in metabolizem oz. prebavni sistem pa tudi na psihično stanje. Tradicionalna vadba (npr. v fitnes studiu - op. p.) zanesljivo vodi k izboljšanju moči in k ohranjanju in izboljšanju funkcije sklepov, predvsem gibljivosti, to pa hkrati predstavlja boljšo preventivo pred padci. Vendar pa tradicionalna vadba velikokrat pripelje do prenehanja aktivnosti starejših ljudi zaradi prevelikega navora in posledične utrujenosti, pa tudi zaradi dejstva, da vaj ne morejo izvajati tako kot vadeči, ki so bistveno mlajši.

Zaradi navedenega so avtorji izbrali primernejši vadbeni program *tai chi*, ki vsebuje splet počasnih, skladnih in ritmičnih vaj, ki izhajajo iz tradicionalne kitajske veščine. Posebej izbrane vaje naj bi ugodno učinkovale tako na telo kot tudi na dušo. Ob rednem izvajanju vaj naj bi se krepila mišična moč, izboljšalo naj bi se ravnotežje, zmanjšala naj bi se notranja napetost in izboljšalo splošno počutje.

Premajhna aktivnost lokomotornega oz. gibalnega sistema je pri starejših ljudeh povezana s slabljenjem mišičnega sistema oz. mišičja in posebej koordinacije. Zato je navedena skupina raziskovalcev z raziskavo pokazala na možen vpliv programa vadbe *tai chi* na izboljšanje stanja lokomotornega sistema in koordinacije, s tem pa tudi zmanjšanja možnosti za morebitne padce pri starejših ljudeh.

Raziskava je bila izvedena na manjšem (N = 20), slučajno izbranem vzorcu starejših preiskovank, ki so izvajale fizikalno terapijo v Zavodu za fizikalno medicino in rehabilitacijo klinične bolnice Sveti duh v Zagrebu. V skupino niso bile vključene preiskovanke, ki so imele nevrološka obolenja, preiskovanke z zlomi stopal ali kolkov ter s poškodbami kolen, preiskovanke z več kot 30 % omejitvijo gibanja ter preiskovanke z amputacijami v področju spodnjih okončin.

V okviru metod dela so bili na začetku preizkusa zbrani splošni in anamnestični podatki, ugotovljen pa je bil tudi splošni funkcionalni status preiskovank. Za ugotavljanje motorične sposobnosti (ravnotežja) je bil izbran ustrezen preizkus vzdrževanja ravnotežja na posebej pripravljeni ravnotežni plošči, ki so ga preiskovanke izvajale v različnih pogojih in v omejenem času (30 sekund). Po izvedenem testiranju v začetnem (inicialnem) delu je sledila izvedba pripravljenega programa TAI CHI, ki je trajala 7 tednov (dvakrat tedensko po 60 minut). V programu so bile posebej izbrane vaje za ohranjanje in izboljšanje ravnotežja. Po končanem programu vadbe je bilo izvršeno ponovno (finalno) testiranje z istimi merskimi instrumenti.

Rezultati so pokazali, da so vse preiskovanke izrazile zadovoljstvo z izvedenim programom in ga ocenile kot primerne za njihovo starost in telesne sposobnosti. Večina se je po izvedenem programu bolje počutila in imela z občutek boljše stabilnosti. Primerjava rezultatov med začetnimi in končnimi meritvami je pokazala na izboljšanje ravnotežja, čeprav nekateri izbrani parametri niso pokazali statistično značilnih razlik.

Ob dobljenih zaključkih je treba zapisati, da so rezultati sicer spodbudni, vendar pa zaradi relativno majhnega vzorca in kratkega časa izvajanja načrtovanega programa dobljenih rezultatov ni mogoče brez tveganja posplošiti na celotno populacijo starejših ljudi. Res pa je, da je navedena (pilotska - op. p.) študija pokazala, da se s specifičnim programom vadbe (*tai chi*), ki je prilagojena starejši populaciji in temelji na vajah ravnotežja, lahko izboljša to pomembno motorično sposobnost tudi v starejšem starostnem obdobju. To pa posledično pozitivno vpliva na večjo stabilnost starejših ljudi, preprečuje padce in vpliva na njihovo boljše počutje. V to smer pa naj bi raziskovalci načrtovali in programirali prihodnje, bolj obsežne študije.

OSTALA LITERATURA:

Evitt in Quigley, 2004. Fear of Falling in Older Adults; A Guide to its Prevalance, Risk Factors and Consequences, str. 278

Herman Berčič

Jerinc K (ur.) (2011). Med nami. Ljubljana: Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije

**MED NAMI – NOVOLETNI
ČASOPIS MEDGENERACIJSKIH
PROSTOVOLJCEV**

Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije je ob koncu lanskega leta s podporo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve izdala tretjo številko noveletnega časopisa *Med nami*. Časopis je naslednik *Pozdravčka*, ki je izhajal sedem let. V biltenu Zveze je predstavljeno delovanje le-te v preteklem letu. Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije povezuje medgeneracijska društva, ki v lokalnih okoljih skrbijo za kakovostno starost vseh treh generacij. Na prvem mestu lahko govorimo o skrbi za tretjo generacijo, ki na mlajše prenaša svoje izkušnje, modrosti in nam predstavlja starost tako s pozitivnih kot tudi z negativnih vidikov. Poleg starejše generacije pa sta v delovanje Zveze vključeni tudi srednja in mlajša generacija, ki na tak način počasi spoznavata kakovostno starost in se nanjo pripravljata.

Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost je krovna organizacija, ki skrbi za pretok informacij med posameznimi medgeneracijskimi društvi. Za delovanje posameznih medgeneracijskih društev pa skrbijo profesionalni organizatorji mreže. To so izobraženi prostovoljci, ki poleg vsebinskega prostovoljskega dela opravljajo še organizacijsko prostovoljsko delo. Prav vsi prostovoljci, ki delujejo v okviru Zveze, so usposobljeni na tečajih, ki jih organizira Inštitut Antona Trstenjaka. Na teh tečajih pridobijo veliko veščin, ki so pomembne za delo

s starejšimi. Veliko poudarka je na komunikaciji, lepem osebnem pogovoru. Ne gre pa izpustiti tudi metodičnega dela, ki se ga učijo predvsem prostovoljci, ki želijo v svojem okolju voditi medgeneracijsko skupino. Glavno dejavnost prostovoljskih društev predstavlja medgeneracijsko prostovoljsko druženje v obliki družabništev in medgeneracijskih skupin, ki jih vodijo prostovoljci.

Bilten Zveze je sestavljen iz prispevkov prostovoljcev in predstavitev dela posameznih društev. Društva si v biltenu sledijo po abecednem zaporedju. Kot prvo se predstavi Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Komenda in kot zadnje Društvo za kakovostno starost Žimzelen iz Žalca. Prav slednje je v letu 2011 praznovalo že svojo dvajseto obletnico delovanja in nekaj članic skupin je v društvu že od samega začetka. Članicam društva posebej veliko pomenijo obiski otrok iz vrtca, saj takrat spet podoživijo svoja otroška leta. Drug pomemben jubilej pa je v lanskem letu praznovalo Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ljubljana. Posebej gre poudariti, da gre po številu prostovoljcev in vključenosti ljudi za največje društvo, ki je praznovalo deseto obletnico svojega delovanja. Na samem praznovanju, ki ga je s kratkim predavanjem polepšal dr. Jože Ramovš, navdušenja ni manjkalo. Veliko dvorano Inštituta Antona Trstenjaka so ljudje napolnili prav do zadnjega kotička. Program je s svojim petjem popestril Mešani pevski zbor Litostroj. Predsednica društva Mateja Zabukovec je pripravila slastno torto, posebno slovesno pa je bilo ob podelitvi priznanj prostovoljcem, ki prostovoljsko delajo že 10 let. Leto 2011 je bilo za Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ljubljana res plodno. Posebej gre omeniti nagrado Mlado srce za nasmeh starejših, ki jo je na Festivalu za tretje življenjsko obdobje prejel tajnik društva Klemen Jerinc. Za nagrado ga je predlagal Mešani pevski zbor Litostroj iz Ljubljane. Gre za medgeneracijsko sodelovanje, kjer mlad zborovodja prenaša svojo

mladostno energijo na tretjo generacijo, od njih pa dobiva modre nasvete in pristno veselje. Z nagradami se lahko pohvalijo tudi v Medgeneracijskem društvu za kakovostno starost Laško, kjer so štiri prostovoljke prejele nagrado Plemenito zrelo srce za nasmeh mlajših. Gospe, Terezija Škoberne, Marjeta Dremelj, Marica Lesjak in Zlata Strel, so prostovoljke že vrsto let in vsaka na svoj način daje del sebe mlajši generaciji, ki še kako potrebuje tople nasmeh babic. Tako je tudi širša javnost prepoznala plemenito delo, ki ga opravljajo prostovoljci.

V lanskem letu sta k Zvezi medgeneracijskih društev pristopili dve novi društvi. Prvo je Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Vojnik, ki deluje že nekaj let. Večji del dejavnosti pa predstavljajo medgeneracijske skupine v Špesovem domu Vojnik. Skupine skrbijo za večjo kvaliteto življenja stanovalcev doma. Drugo, povsem sveže pa je Medgeneracijsko društvo Loški Potok, kjer so se v letu 2010 veliko izobraževali pod okriljem Inštituta Antona Trstenjaka. Tako danes deluje več skupin, posebej pa so ponosni na zunanjo skupino, ki se tako kot ostale skupine dobiva v Domu starejših Loški Potok.

Prvi dve številki billena sta bili črno-beli, v letu 2011 pa smo izdali barvni bilten, ki še na lepši način prikaže toplino prostovoljcev, ki delajo z vsemi tremi generacijami. Zadnji dve leti je Zvezo zelo uspešno in strokovno vodila mag. Majda Vrh iz Medgeneracijskega društva za kakovostno starost Ribnica, v lanskem letu pa je predsedovanje Zvezi prevzelo Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ljubljana s predsednico Matejo Zabukovec. V lanskem letu so v skoraj vseh krajih, kjer deluje Zveza, začeli potekati tečajji za preprečevanje padcev v starosti. Na tak način so se v aktivnosti društev vključili novi ljudje, ki so se po končanih tečajjih v veliki meri vključili v medgeneracijske skupine. Ker se zavedamo problematike staranja in ker radi delamo z ljudmi, se veselimo nove številke billena Med nami!

Klemen Jerinc

Inštitut Antona Trstenjaka (Relais Plus, 2010). Poklicni priročnik za nudenje pomoči zapuščenim starostnikom. GIP FIPAG (Relais Plus, 2011). Evropski poklicni priročnik in priročnik za usposabljanje za nudenje pomoči zapuščenim starostnikom.

POKLICNI PRIROČNIK ZA NUDENJE POMOČI ZAPUŠČENIM STAROSTNIKOM

V okviru projektov Leonardo da Vinci je Inštitut Antona Trstenjaka od 1. oktobra 2009 do 31. januarja 2012 sodeloval v transnacionalnem partnerskem projektu Relais Plus. Cilj projekta je bil prenos in dopolnjevanje pripomočkov in programov za usposabljanje izvajalcev, ki nudijo pomoč zapuščenim otrokom, mladostnikom in starostnikom. Izhodiščini priročniki in programi so nastali pet let prej med projektom Relais 1, v katerem so sodelovale ustrezne ustanove iz Francije, Italije in Romunije. V projektu Relais Plus sta kot »stari, izkušeni« partnerici sodelovali Francija in Romunija, nove partnerice pa so bile Grčija, Latvija in Slovenija, deloma tudi Nemčija in Norveška. Partnerice v projektu Relais Plus izdelkov projekta niso samo prevedle, ampak so na osnovi obstoječega stanja v posamezni državi po že preizkušeni skupni metodologiji pripravile štiri lastne dokumente: popis stanja in diagnozo potreb na področju usposabljanja izvajalcev nudenja pomoči zapuščenim otrokom, mladostnikom in starostnikom ter tri poklicne priročnike za nudenje pomoči tem trem ciljnim skupinam. Na osnovi nacionalnih priročnikov so ekspertne skupine v Franciji in Romuniji pripravile evropske poklicne priročnike in priročnike za usposabljanje izvajalcev, ki nudijo pomoč zapuščenim. Za pripravo evropskega priročnika za starostnike je bila zadolžena GIP FIPAG – akademija v Grenoblu, ki se ukvarja zlasti z nadaljnjim poklicnim usposabljanjem, z njegovim načrtovanjem in izvajanjem.

Zasnova obeh priročnikov - nacionalnega in evropskega - je enaka: jedrni del priročnika

s fino mrežo pokriva in razvršča dejavnosti, dela in naloge ter ukrepe, ki jih izvajalci vsakodnevno opravljajo med nudenjem pomoči starostniku. Poleg tega priročnik vključuje tudi širši kontekst nudenja pomoči: mreža pokriva namreč tudi okoliščine nudenja pomoči in kritične točke.

Osnovno, vertikalno razdelitev dejavnosti predstavlja tako imenovanih osem **funkcij**: sprejem in poslušanje, identifikacija potreb, pomoč pri vsakdanjem življenju, komunikacija, spremljanje, varovanje in zaščita, socializacija in animacija ter profesionalizacija.

Vsaka izmed omenjenih osmih funkcij je nato podrobneje razčlenjena na vrsto posameznih dejavnosti, ki jih mora biti izvajalec pomoči sposoben opravljati, če želi uresničiti to, kar uporabnik potrebuje. Posamezne dejavnosti so v naslednjem koraku podrobneje opredeljene z dejanji/ukrepi, s pomočjo katerih izvajalec izvaja posamezne dejavnosti.

Na primer:

Funkcijo »sprejem in poslušanje« lahko socialni pomočnik uresničuje tako, da s starostnikom vzpostavi osebni odnos (**dejavnost**), kar lahko doseže med drugim tudi s tem, da se takoj na začetku predstavi (**način uresničevanja** – dejanje). V predzadnjem navpičnem razdelku so obdelani pogoji in **okoliščine nudenja pomoči**. Ti vključujejo položaj in stanje osebe, ki ji pomoč nudimo, čas in kraj nudenja pomoči, usposobljenost izvajalca pomoči in delež njegove odgovornosti. Zadnji, vendar ne najmanj pomemben razdelek obsega **kritične točke**, se pravi vse tisto, kar lahko, če se pojavi, spremeni nudenje pomoči v njegovo nasprotje. Kritične točke so tu zato, da se izvajalec pomoči lahko nanje pripravi, to pomeni, da se usposobi, kako se nanje učinkovito odzvati ali se jim sploh izogniti. Kritične točke se pojavljajo bodisi na strani izvajalca pomoči, bodisi pri starostniku ali njegovih svojcih, bodisi v okoliščinah v najširšem smislu.

Oblikovno sta torej oba poklicna priročnika zasnovana enako: osrednji del predstavlja mreža s petimi stolpci:

- Funkcija
- Dejavnost
- Načini uresničevanja
- Okoliščine uresničevanja
- Kritične točke

Nizanje dejavnosti, načinov njihovega uresničevanja, okoliščine, v katerih se posameznik med nudenjem pomoči nahaja, in kritičnih točk v okviru posameznih funkcij omogoča branje priročnika v dveh smereh: vodoravno in navpično. Vodoravno branje omogoča vpogled v posamezne funkcije in z njo povezane dejavnosti, okoliščine in kritične točke; navpično branje pa ponuja nabor funkcij, dejavnosti, načinov in okoliščin njihovega uresničevanja in možnih kritičnih točk.

Primerjava med nacionalnim in evropskim priročnikom pokaže, da je evropski poklicni priročnik izčrpnjši, saj je sinteza več nacionalnih priročnikov, poleg tega pa med okoliščine uresničevanja vključuje tudi delovne pogoje ter zakonske in etične norme, kritične točke pa razvršča glede na to, s kom ali s čim so povezane: s starostnikom in njegovo socialno mrežo, s strokovnimi delavci in sodelavci, z organizacijo dela ipd.

Drugi del evropskega priročnika je priročnik za poklicno usposabljanje izvajalcev nudenja pomoči zapuščenim starostnikom. Priročnik izhaja iz prvega dela, se pravi iz poklicnega priročnika, tako da so tudi zanj izhodišče funkcije pomoči, ki jih mora biti izvajalec sposoben uresničevati med nudenjem pomoči. Cilj priročnika je torej izpostaviti razvijanje kompetenc, ki jih izvajalci pomoči potrebujejo pri svojem delu. Tudi v tem priročniku si v posameznih stolpcih sledita najprej funkcija in dejavnost, znotraj le-teh pa za dejavnosti predvidena znanja, ki obsegajo spretnosti/veščine, vedenja in značajske lastnosti, ki naj bi jih izvajalec imel.

V zadnjem šestem stolpcu pa so navedeni viri, primerni za usposabljanje.

- Funkcija
- Dejavnost
- Znanja (se deli na tri stolpce)
 - Spretnosti
 - Védjenja
 - Znati biti
- Viri

Navpični in vodoravni preplet vseh treh priročnikov, ki se ne le formalno, temveč tudi vsebinsko precej prekrivajo, izpostavlja bistvena torišča socialnega dela, povezanega s starostniki, in nekatera ključna vozlišča nudenja pomoči. Sem spadajo: varnost in zaupnost; sodelovanje, ki presega odnos starostnik – pomočnik, sega na strani starostnika v njegovo ožjo in širšo socialno mrežo, na strani pomočnika pa v njegovo ožje in širše strokovno in institucionalno okolje. Vsi trije priročniki poudarjajo medgeneracijsko sodelovanje in njegove prednosti ter pomen aktiviranja in usposabljanja prostovoljcev. Močno poudarjeni so analiza in hierarhizacija starostnikovih potreb in želja, upoštevanje starostnikove stopnje samostojnosti, njegovo dejavno sodelovanje, svobodo njegovega odločanja, kar vse pripomore h krepitvi in ohranjanju starostnikovega dostojanstva.

Posebej je razčlenjena komunikacija na dveh ravneh: kot osnova za odnos med uporabnikom in pomočnikom ter kot dejavnost, ki zagotavlja pretok informacij med vsemi udeleženci, ki sodelujejo v odnosu pomoči.

Pogosto sta omenjena in podčrtana tudi etičnost pomočnikovega ravnanja in spoštovanje sprejetih protokolov. Veliko pozornosti je posvečene tudi zlorabam in trpinčenju starostnikov.

Zadnja izmed funkcij v vseh priročnikih je profesionalizacija izvajalcev pomoči. Poudarjena je njihova samorefleksija. Ta zagotavlja dvojice: vodi k boljše opravljenemu delu in opozarja na stres in frustracije, v katerih se izvajalec pomoči

lahko znajde. Zavedanje tega pa je najboljša pot za preprečevanje poklicnega izgorevanja. Podčrtana je tudi potreba po stalnem strokovnem usposabljanju, njegovem načrtovanju in načrtovanju poklicne poti.

Evropski priročnik za poklicno usposabljanje v preglednici védenj omenja etiko, filozofijo, gerontologijo, biologijo, medicino, higieno, psihologijo, antropologijo, pravo in deontologijo, komunikacijo in uporabo IKT. V istem priročniku so viri za usposabljanje razdeljeni v tri skupine: tiskani, multimedijski in človeški.

V teh dveh (ali bolje: treh) priročnikih gre torej za tri podstavke, ki pokrivajo nudenje pomoči in pomoč starostnikom kot gosta, fina mreža, ki skuša zajeti vse, kar izraz »pomagati starostnikom« pomeni: izvajalca pomoči, njegovo kompetentno ravnanje, starostnika z njegovimi potrebami, pričakovanji, zmožnostmi in odzivi, njun medsebojni sodelovalni odnos, njun strokovni in socialni kontekst; pasti, v katere se njun odnos lahko ujame, in poti iz njih. Evropski priročnik za usposabljanje dodatno kaže polti k pridobivanju in razvijanju kompetenc, ki jih socialni pomočniki / izvajalci pomoči pri svojem delu potrebujejo. Gre za kompetence in poti do njih, in to za kompetence, ki so umeščene v kontekst ved in znanosti, osebnostnih lastnosti pomočnika in razpoložljivih virov.

Glede na naravo vseh treh priročnikov bi bilo zanje morda ustrežneje uporabiti izraz »bele knjige« za nudenje pomoči zapuščenim starostnikom; zlasti zato, ker so bili med projektom Relais Plus evropski priročniki (za otroke, mladostnike in starostnike) izhodišče za pripravo modularnih programov za začetno usposabljanje iskalcev zaposlitve za nudenje pomoči ogroženim skupinam in modularnim programom za nadaljevalno usposabljanje zaposlenih v socialnih poklicih. Oba programa sta pripravljena in dostopna tudi v slovenskem prostoru.

Marijana Štrbenk

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali: Klemen Jerinc, Tina Lipar, Ksenija Saražin Klemenčič in Mojca Slana

PALIATIVNA OSKRBA

Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju s Paliativnim timom KOPA Golnik pripravilo zloženko, ki nam na kratek, jasen in vsem razumljiv način predstavi paliativno oskrbo. Zloženka je razdeljena na pet vsebinskih sklopov. V prvem je kratek nagovor za bolnike, svojce in prijatelje bolnikov, temu sledi predstavitev paliativne oskrbe. Sklopi se med seboj vsebinsko povezujejo in tretji govori o tem, kaj pomeni paliativna oskrba za bolnike in njihove svojce. Ker je paliativna oskrba namenjena bolnikom, ki imajo kronično neozdravljivo bolezen, v zloženki najdemo podatke o tem, kdo izvaja paliativno oskrbo. Na zadnji strani zloženke pa najdemo podatke o tem, kje dobimo več informacij o paliativni oskrbi.

Vir: Paliativni tim Kopa Golnik. Paliativna oskrba. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje (zloženka)

KAKO SE ŽELIMO POSTARATI?

Evropska komisija je ob letu aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami izdala zloženko, s katero predstavi problematiko starajoče se družbe. Eden glavnih izzivov starajoče se družbe je zagotovo aktivno staranje, kar pomeni, da so starejši polnopravni člani družbe in lahko uporabijo svoje potenciale. To pa lahko starejši dosežejo, če so zdravi tako fizično kot tudi psihično. Zloženka predstavi področja, na katerih želi Evropska komisija doseči večjo vključenost starejših. To so področja zaposlovanja, sodelovanja v družbi in spodbujanja neodvisnega življenja. Za vsa ta področja pa je najpomembnejše zdravje. Bolni starejši ljudje ne morejo enakopravno sodelovati na teh področjih. Pomembno se je zavedati, da nikoli nismo prestari, da bi v svoje življenje vnesli aktivnosti, ki bodo pripomogle k aktivnemu staranju.

Vir: European Commission, 2012. V: http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId_1007&langId_en (sprejem: 17.2.2012)

DEPRESIJA IN TELESNA AKTIVNOST

Profesor Magnus Lindwall z Univerze v Gothenburgu pravi, da povezuje med depresijo in fizično aktivnostjo še ni natančno določena. Znano pa je, da ljudje, ki so fizično aktivni, manj pogosto obolevajo za depresijo. Po drugi strani lahko depresija vodi v telesno neaktivnost, kar kaže na medsebojno vplivanje fizične aktivnosti in depresije. V raziskavi, imenovani SIIARE, so raziskovalci v 11. evropskih državah proučevali 17.500 ljudi starejših od 64 let. Starejše ljudi so spremljali dve leti in pol, predmet proučevanja pa sta bila tudi posameznikova fizična aktivnost in depresija.

Pomembno vprašanje, na katerega so skušali raziskovalci odgovoriti, je bilo, kaj motivira starejše ljudi, da so fizično aktivni. Sodobne teorije motivacije trdijo, da so notranje motivirani za telesno aktivnost tisti ljudje, ki čutijo da so zanj sposobni, da se lahko o svojem življenju sami odločajo, da imajo možnost izbire in da s telesno aktivnostjo vzdržujejo tudi socialno mrežo. Ta vrsta motivacije je, v nasprotju z zunanjo motivacijo, označena kot dejavnik za dolgoročno vzdrževanje redne telesne aktivnosti.

Odkritja v imenovani raziskavi potrjujejo spoznanja, da je telesna aktivnost močan preventivni dejavnik pri duševnih boleznih starejših ljudi.

Toda telesna aktivnost mora biti redna. V nasprotnem primeru so pozitivni dolgoročni učinki le-te vprašljivi. Zato je pomembno odkrivati ovire, kot je depresija, ki onemogočajo redno telesno aktivnost. Pri vsakem posamezniku pa je potrebna tudi spodbuda, da se poveča motivacija za gibanje.

Lindwall Magnus (2011). More years to life and life to years through increased motivation for an active life. V: http://www.alphagalileo.org/ViewItem.aspx?ItemId_114155&CultureCode_en (sprejem 11.11.2011)

VELIKA BRITANIJA: VITAMIN D V PREVENTIVI OBOLENJ

Številni starejši ljudje morajo biti dalj časa izpostavljeni sončni svetlobi, da telesu zagotovijo zadovoljivo proizvodnjo vitamina D, opozarjajo raziskovalci z Univerze v Warwicku. Vodja raziskovalcev Oscar Franco pravi, da postaja koža s staranjem manj učinkovita pri proizvodnji vitamina D, poleg tega pa starejši s hrano v telo vnesejo tega vitamina. V raziskavi, objavljeni v strokovni reviji *Diabetes Care*, so raziskovalci merili raven vitamina D pri 3000 ljudeh na Kitajskem, starih od 50 do 70 let. Ugotovili so, da ima 94 % le teh v krvi nezadostne količine vitamina D. Franco poudarja, da je pomanjkanje vitamina D v svetu postala velika bolezenska težava, ki ima na starejše še posebno škodljive učinke. Pri 42 % ljudeh, ki so sodelovali v raziskavi, so ugotovili tudi metabolni sindrom. To pomeni, da so imeli skupenk simptomov, ki povečujejo tveganje za kardiovaskularne bolezni in diabetes. Ugotovili so, da so nizke koncentracije vitamina D povezane s povečanim tveganjem za razvoj metaboličnega sindroma. Že dalj časa je znano, da igra vitamin D pomembno vlogo pri zdravju kosti, zadnje raziskave pa kažejo, da pomaga ohranjati močan imunski sistem, zmanjšuje tveganje za kardiovaskularne bolezni, diabetes, rak in avtoimunske bolezni. Naše telo je sposobno proizvesti zadostne količine vitamina D, če je naša koža dovolj časa izpostavljena sončni svetlobi. V zadnjem času pa se ljudje zaradi strahu pred kožnim rakom vse manj izpostavljajo sončnim žarkom. Ed Yong, raziskovalec rakavih obolenj iz Velike Britanije, pravi, da je čas potreben za zadostno tvorbo vitamina D, precej krajši kot čas izpostavitve sončnim žarkom, ki povzroči rdečico in opekline. Na ta način zagotovimo koži zadostno izpostavitve UV svetlobi brez tveganja za rakava obolenja.

David Gutierrez (2009). *Elderly need more nutrition from sunlight, say experts*. V: *Natural News.com*, http://www.naturalnews.com/027146_Vitamin_D_sunlight_elderly.html (sprejem 6.12.2011).

ZDA: OHRANJANJE SPOMINA

Pri zdravih odraslih se hipokampus - del možganov, ki je pomemben za tvorbo spomina - začne zmanjševati, ko dosežejo starost 55 - 60 let. Pred kratkim pa je ekipa psihologov objavila zanimivo poročilo, ki kaže, da lahko upočasnimo atrofijo (zmanjševanje) hipokampusa pri starejših odraslih s stroškovno nizkimi intervencijami, ki imajo malo stranskih učinkov. To so redni sprehodi.

V študiji, objavljeni v *The Proceedings of the National Academy of Sciences*, so strokovnjaki proučevali 120 zdravih odraslih, starih okrog 65 let, ki niso bili telesno aktivni. Ljudi so vključili v dve telovadni skupini, ki sta jih vodila usposobljena strokovnjaka. Ena skupina je morala 3-krat tedensko hoditi po tekočem traku, 40 minut opravljati raztegovalne vaje, imeli pa so tudi vaje za ogrevanje in ohlajevanje. Druga skupina ni imela aerobne vadbe, izvajali so jogo in delali vaje za moč s trakovi.

Po letu dni so posnetki možganov pokazali, da se je volumen hipokampusa pri prvi, aerobni skupini povečal povprečno za 2 %, v drugi skupini pa se je za 1,4 % zmanjšal.

Odstotek povečanja izgleda majhen, toda ker se volumen hipokampusa pri starejših odraslih letno zmanjša za 1 - 2 %, je 2 % povečanje precej pomembno.

Obe skupini sta izboljšali svoj rezultat pri testu prostorskega spomina, toda boljši rezultat je dosegla prva skupina. Dr. Erickson pove, da je prostorski spomin izredno pomemben v vsakdanjem življenju. Pomaga nam pri vožnji avta, ko priključimo v spomin vožnjo do trgovine, spomni nas, na kateri polici dobimo mleko ali kakšno drugo stvar, ki jo želimo kupiti. Od hipokampusa pa so odvisne tudi druge vrste spomina, kot je npr. spominjanje preteklih dogodkov ali podatkov, zapisanih na listu.

V preteklosti so bile narejene številne študije, ki so dokazale, da je fizična aktivnost ena izmed poti za izboljšanje kognitivne funkcije, ta študija pa je bila prva, ki je merila velikost možganov.

Ugotovitve, dobljene z raziskavami, je pogosto težko razširiti na vso populacijo. Vprašanje, ki se postavlja, je, ali lahko redna vadba zmanjša atrofijo tudi pri 75-letnikih. Raziskovalci na to vprašanje še nimajo odgovora, niti ne vedo, ali bi imela bolj redna in bolj intenzivna vadba večji učinek.

Vseeno pa je ugotovitev, da lahko tudi v starosti ohranjamo relativno velikost hipokampusa, razveseljujoča. Vse, kar potrebujemo, je le par čevljev.

Vir: Paula Span (2011). *Walking Down Memory Lane.V: New York Times*, <http://newoldage.blogs.nytimes.com/2011/02/01/walking-down-memory-lane/?ref=elderly> (sprejem 6.12.2011)

ZDA: SMO V RESNICI DOLŽNI POSKRIBETI ZA SVOJE STARŠE?

Mogoče vam bo ta zgodba povedala vse, kar morate vedeti. Deklica Wendy je sedela v restavraciji v Massachusettsu z mamo in babico in zehala. Mama jo je vprašala, če se dolgočasi. Deklica je prikimala in zato dobila klofuto. To se ni zgodilo prvič in žal tudi ne zadnjič. Wendy pove, da mama še dandanes grozi z udarci, kadar ji kaj ni všeč.

Wendy je večino časa živela pri starih starših. Njena mama se je ločila, se nato ponovno poročila še 4-krat in se veliko preseljevala. Wendy nima občutka, da bi bilo materi zanjo kaj dosti mar.

Gospa je sedaj stara 81 let, že dolgo ni nikogar udarila, sarkazem in grobost v njeni besedi pa ostajata živa še naprej. Wendy ima pri 57 letih lepo življenje. Z možem sta vzgojila tri otroke, ki jih obožujeta, v prostem času je prostovoljka pri skupini za zaščito živali, zelo rada slika in kuha. Vseskozi pa ima občutek, da si z mamo nikoli ne bosta zares blizu, očeta pa se komaj spomni, saj sta se z materjo ločila, ko je imela 4 leta.

Wendy se zaveda, da bo njena mama, kljub temu še vedno samostojno skrbi zase, v prihodnosti verjetno potrebovala pomoč. Pravzaprav od Wendy in njenega moža že sedaj zahteva, da

rešujeta njene probleme, pa naj bo to težava s kabelsko televizijo ali pa celo spor s sosedi.

Wendy je edinka, torej nima nikogar, na katerega bi preložila skrb za mater. Tukaj pa se postavlja vprašanje, ali lahko mami upravičeno odkloni svojo pomoč. V tem primeru bi kršila globoko zakoreninjene družbene in kulturne dolžnosti otrok do svojih staršev, ki so v nekaterih državah celo zakonsko obvezne. Starši so za otroke naredili najboljše, kar so znali, ko pa ostarijo in potrebujejo pomoč, je naloga mlajše generacije, da jim pomaga po najboljših močeh. Toda otroke so nekateri starši psihično in emocionalno zlorabljali vsa leta njihovega odraščanja. Ima otrok v tem primeru še etično dolžnost pomagati svojim staršem?

Celo nekateri zakoni o potomcih, ki govorijo o tem, da mora otrok poskrbeti za svoje starše, tukaj naredijo izjemo. Tisti otroci, ki so jih starši zapustili ali na kakršen koli način zlorabljali, so te dolžnosti prosti.

Wendy ni popolnoma obrnila hrbta svoji materi. Še vedno govorita dva- ali trikrat tedensko, skupaj praznujejo praznike. Toda Wendy skrbi prihodnost.

Zaveda se davka preteklosti, vključno zleti boja z depresijo in motnjami hranjenja. Poleg tega jo skrbi moževo zdravje. Ker pa je že oskrbovala svojo babico v času pred smrtjo, ve, koliko časa vzame skrb za starega človeka. Velikokrat se tudi spomni, kaj se je naučila na psihoterapijah. Torej, kako biti močna in ne dovoliti materi, da ji pride do živega.

Wendy se je po tehtnem premisleku odločila, da bo v primeru, če njena mati postane neboljčna, poiskala primerno ustanovo, ki bo za mater poskrbela. Z materjo je pripravljena obiskati različne ustanove, da se bosta skupaj odločili, vendar pa od te odločitve ne bo odstopila. Mama je namreč finančno stabilna in si lahko institucionalno varstvo tudi privošči.

Wendy svojo odločitev pojasni z besedami: »Nisem hladen človek, niti nisem ravnodušna.

Toda ne spomnim se trenulka svojega otroštva, ko mama ne bi bila žaljiva in zlobna. Menim, da vsak dobi, kar si zasluži.«

Wendy je po drugi strani z veseljem skrbela za svojo babico in poslušala z njo opere v dnevih pred smrtjo. To je čutila ne toliko kot dolžnost, ampak dejanje ljubezni. V odnosu do svoje matere pa občuti veliko čustveno praznino.

Wendy je prepričana v pravilnost svoje odločitve in bo pri njej vztrajala, tudi če jo bodo ljudje kritizirali in ji očitali, da je slaba hči.

Vir: Paula Span (2011). *The undeserving parent*. V: *The New York Times*, <http://newoldage.blogs.nytimes.com/2011/10/20/the-undeserving-parent/?ref=elderly> (sprejem 6.12.2011).

ŠVEDSKA: STAREJŠI Z NIŽJIMI DOHODKI POGOSTEJE UŽIVAJO NEPRIMERNA PSIHOTROPNA ZDRAVILA

Starejši ljudje pogosto obolevajo za več različnimi boleznimi. Pri tej populaciji tako pogosteje prihaja do uživanja večjega ali tudi manjšega števila zdravil, kot bi bilo zaradi zdravstvenega stanja potrebno. Po drugi strani pa so starejši bolj podvrženi jemanju neprimernih zdravil. Psihotropna zdravila, kot so npr. anksiolitiki, hipnotiki in antidepresivi, starejši uživajo dokaj pogosto. Na Švedskem vsak peti, starejši od 75 let, jemlje neprimerna psihotropna zdravila. S tem se povečuje tveganje za pojav stranskih učinkov, kot so dnevna zaspanost, kognitivni upad in padci. Največ neprimernih psihotropnih zdravil se predpiše starejšim z nižjimi dohodki. To pa je v nasprotju s težnjami zdravstvenih sistemov, ki se trudijo zagotoviti enako obravnavo vseh, brez ozira na starost, spol in družbeni status. Čeprav starejši ljudje pogosto uživajo več zdravil, kot bi bilo zaradi zdravstvenega stanja potrebno, prihaja tudi do nezadostnega predpisovanja zdravil. Raziskovalci so namreč ugotovili, da le 1 od 10 95-letnikov, ki trpi za depresijo, antidepresive tudi uživa. Namesto antidepresivov so v polovici

primerov uporabljeni hipnotiki. Depresija je med starejšimi prepoznana v manjšini primerov. Ker pa ostaja nediagnosticsirana, se namesto depresije zdravijo težave s spanjem in anksioznosti. Eva Lesén rešitev vidi v vzpostavitvi rednih in sistematičnih sistemov kontrole jemanja zdravil med starejšimi.

Eva Lesen (2011). *Inappropriate psychotropics are more often used by elderly with low income*. V: http://www.nhv.se/customer/templates/NewsPage_2321.aspx?epslanguage=EN (sprejem 10.11.2011).

NEMČIJA: VPLIV POSLEDIC VOJNE IN LAKOTE NA ZGODNJE UPOKOJEVANJE

Ljudje, rojeni med vojno ali v obdobju lakote, lahko dolgoročno občutijo posledice pri svojem zdravju in zmožnosti za delo.

Axel Boersch-Supan in Hendrik Juerges v delovnem dokumentu o invalidnosti, pokojninski reformi in zgodnjem upokojevanju v Nemčiji (2011) prikazujeta zgodovinsko povezanost med zdravstvenim stanjem, invalidnostjo ter upokojevanjem. Pri tem ugotavljata, da je zmanjševanje umrljivosti prebivalcev zahodne Nemčije in izboljševanje zdravstvenega stanja vplivalo tudi na zmanjševanje deleža aktivnega prebivalstva. Tako je bilo leta 1966 v zahodni Nemčiji delovno aktivnih več kot 80 % moških med 60. in 64. letom, medtem ko se je v obdobju od 1980 do 1990 njihov delež zmanjšal na manj kot 35 %.

Največ sprememb pri upokojevanju je bilo v letih od 1973 do 1979, ko se je v Nemčiji s pokojninsko reformo znižala dejanska upokojitvena starost s 65 na 63 let in so bile uvedene starostne pokojnine za invalide. Ilkrati se je znižala na 60 let tudi starostna meja upravičenosti do teh pokojnin. Nemški pokojninski sistem je bil z reformo leta 1972 radodaren, medtem ko se je moral v sredini 1980-ih ter leta 1992 zaradi zgoraj navedenih dejstev (podaljšanje pričakovanega trajanja življenja) in demografskih sprememb

prilagoditi, ker bi drugače postal nevzdržen. Tako sta na primer leta 2006 imela 73-letni moški in ženska enako verjetnost smrti v naslednjem letu kot 65-letnik leta 1960.

Invalidsko zavarovanje imajo vse razvite države, vendar pri tem težko dosegajo uravnoteženost. Ljudi, ki zaradi zdravstvenih razlogov ne morejo delati, je treba obvarovati pred revščino ter hkrati preprečiti predčasno upokojevanje zdravih ljudi. Evropske države so v zvezi s tem dosegle različno uravnoteženost. Tako je na Švedskem, Danskem in Norveškem v starostni skupini od 50 do 64 let več kot 12 % invalidsko upokojenih ljudi, medtem ko jih je v Franciji manj kot 2 %. Nemčija pa je s 6,5 % invalidskih upokojencev nekje vmes. Axel Boersch-Supan in Hendrik Juerges skušata ugotoviti, kako so spremembe v programih nemškega invalidskega in socialnega zavarovanja vplivale na vključenost v invalidsko zavarovanje in na upokojevanje.

Omenjena avtorja delovnega dokumenta med drugim ugotavljata, da sedaj ni več najpogostejša invalidska upokojitev zaradi težav s srčno-žilnimi boleznimi ali s hrbtenico, ampak so poleg raka najpogostejši vzrok te vrste upokojitve duševne bolezni. V primerjavi z letom 1983 je sedaj zaradi duševnih bolezni invalidsko upokojenih štirikrat več moških in kar petkrat več žensk. Sicer pa se je v istem obdobju zdravje zaposlenih v starosti od 50 do 59 let izboljšalo.

Pri moških, rojenih v obdobju od 1906 do 1943, se je predčasna upokojitev (pred 55. letom) gibala med 12 in 16 %, pri ženskah pa se je znižala s 14 na 8 %. V nasprotju s tem pa je med moškimi in ženskami, rojenimi v obdobju prve svetovne vojne (1914-1918), opazen porast zgodnjih upokojitev, od 12,7 na 17,2 % pri moških ter od 9,8 na 12,7 % pri ženskah.

Še posebej je bila v letih prve svetovne vojne (1917 in 1918) med civilnim prebivalstvom razširjena lakota, ki je pustila dolgoročne posledice na zdravju ljudi, kar se zrcali na upokojitvenem obnašanju nemške opazovane populacije.

Vir: Axel H. Boersch-Supan, Hendrik Juerges (2011). Disability, Pension Reform and Early Retirement in Germany. National Bureau of Economic Research Working Paper No. 17079, May 2011. V: <http://www.nber.org/papers/w17079> (sprejem 13.1.2012)

NEMČIJA, JAPONSKA, ZDA: VPLIV STARANJA IN PRISELJEVANJA NA GOSPODARSTVO IN SOCIALNO BLAGINJO

V naslednjih petdesetih letih se bo z upokojevanjem *baby-boom* generacije (med 44. in 61. letom starosti) povečalo število delovno neaktivnih ljudi, kar bo prispevalo k znižanju produktivnosti in bruto domačega proizvoda. Kakšen bo vpliv staranja prebivalstva na javne pokojninske sklade v Nemčiji, na Japonskem in v ZDA do leta 2050, sta z računalniško simulacijo skušala ugotoviti Intan Mohd Mohdi in Richa Pandey. Za napovedovanje trendov staranja prebivalstva in gospodarstva sta uporabila podatke OECD, Združenih narodov in CIE ter programsko opremo GlobeSight in Microsoft Excel. Namen njune študije pa je iskanje načinov blažitve posledic staranja prebivalstva na gospodarstvo v omenjenih državah. Kot enega od načinov zmanjšanja negativnih vplivov staranja vidita v priseljevanju.

Aktivno prebivalstvo v študiji zajema starostno skupino 18 – 65 let, čeprav vsi v tej starostni skupini niso delovno aktivni, izpolnjujejo pa pogoje za delo. V študijo niso bili vključeni dejavniki, ki ne vplivajo bistveno na prihodnja gospodarska gibanja, ker bi njihovo upoštevanje terjalo več časa in bi bilo izračunavanje zapletenejše. Tako na primer ni bila upoštevana inflacija, ker jo je težko napovedati, kot tudi njen vpliv na bruto domači proizvod (BDP).

Z ekonomskim modelom sta Mohdi in Pandey ocenila število delovno aktivnih ljudi v prihodnosti, kako bo to vplivalo na BDP, kako se bo gibala produktivnost (v BDP na prebivalca) ter kako naj bi posamezna država (Nemčija,

Japonska in ZDA) reševala problem vedno večjega števila upokojencev.

Po podatkih Združenih narodov se bodo z največjim relativnim povečanjem števila starejših ljudi v obdobju 2000 – 2050 soočale ZDA (151,38 %), sledila bo Japonska s 56,82 % in Nemčija z 48,89 %. Ker se bo število starejšega prebivalstva najbolj povečalo v Združenih državah Amerike, bi pričakovali, da bo staranje prebivalstva najbolj prizadelo njihovo gospodarstvo, vendar se bo v ZDA v naslednjih 50 letih zaradi znatnega priseljevanja hkrati povečalo tudi število delovno aktivnega prebivalstva, kar bo precej ublažilo vpliv večjega števila starejših ljudi na gospodarstvo. Znatnega priseljevanja pa se ne pričakuje v Nemčiji in na Japonskem. Tako naj bi bile po simulaciji v najboljšem položaju ZDA ter v najslabšem Japonska, v kateri število aktivnega prebivalstva upada hitreje kot v Nemčiji. Japonska ima v primerjavi z ZDA in Nemčijo že zdaj največje število starejših na 100 delovno aktivnih ljudi, tj. 33, ki naj bi leta 2030 znašalo 55, v Nemčiji 49 (zdaj 30) ter v ZDA 37 (zdaj 20).

Med opazovanimi državami naj bi v letu 2050 namenjala največji delež svojega BDP za pokojnine Nemčija, tj. 18,4 % (zdaj 11,0 %), sledili ji bosta Japonska s 14,4 % (zdaj 7,5 %) in ZDA s 7,4 % (zdaj 4,2 %). Ker ZDA že zdaj ne namenijo tolikšnega deleža BDP za podporo starejšim kot Nemčija in Japonska, to ne bo imelo tako velikega vpliva na njihovo gospodarstvo, medtem ko bosta Nemčija in Japonska za podporo starejšim prisiljeni poiskati nove vire sredstev.

Mnogi ekonomisti menijo, da lahko večje priseljevanje zmanjšuje vpliv staranja prebivalstva na gospodarstvo posamezne države. V ZDA veliko število priseljencev prispeva k delovno aktivnemu prebivalstvu. Z najmočnejšim

gospodarstvom na svetu in povečanjem aktivnega prebivalstva v naslednjih petdesetih letih s politiko odprtih vrat priseljevanja lahko ZDA ublažijo vpliv staranja prebivalstva na gospodarstvo. Tudi ko se bodo ZDA soočale s težavami povečanega staranja prebivalstva, te naj ne bi bile tako hude kot v Nemčiji in na Japonskem.

Intan Mohd Mohdi and Richa Pandey. Effect of Ageing on Economy and Social Well-Being in Germany, Japan and the United States (2005). V: [http://vorton.case.edu/~flm/eecs398sum04/Previous Projects/Aging%20Modeling.pdf](http://vorton.case.edu/~flm/eecs398sum04/Previous%20Projects/Aging%20Modeling.pdf) (sprejem 7.10.2011)

AVSTRALIJA: PROTI STIGMATIZACIJI V OSKRBI STAREJŠIH HOMOSEKSUALCEV

Avstralska vlada je namenila 400.000 \$ nepovratnih sredstev za izobraževanje za oskrbo starejših, ki bo pomagalo zmanjšati stigmatizacijo, diskriminacijo in izključenost homoseksualcev, biseksualcev, transseksualcev in medspolnikov. Le-te namreč skrbi, kako bo z njihovo oskrbo v starosti, saj je pomanjkanje oskrbovalnih služb, zavedanja in finančnih sredstev zanje veliko. Izobraževalni programi bodo sestavljeni iz 12 delavnic, ki bodo namenjene različnim oskrbovalcem starostnikov v Novem Južnem Walesu. Z njimi bodo skušali zagotoviti, da bodo oskrbovalci s starejšimi homoseksualci ravnali dostojno in spoštljivo ter da se bodo slednji počutili varne in vključene v okolje. Kakor pravi Tanja Pliberšek, predstavnica avstralskega ministrstva, zakonov ni težko spremeniti, izziv pa je spremeniti stališča in vedenje ljudi.

Vir: Mahar Jessica (2010). Federal grant to protect gays against stigma in aged care. The Sydney Morning Herald. V: <http://www.smh.com.au/national/federal-grant-to-protect-gays-against-stigma-in-aged-care-20100627-zc2c.html> (sprejem 25. 3. 2011)

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Mojca Slana

V SLOVENIJI

Strokovni posvet z okroglo mizo

»Medgeneracijski prenos znanja – družbeno odgovorno spodbujanje aktivnega staranja«

Organizira: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve

29. marec, Ljubljana

Spletni naslov: <http://www.cnvos.info/sl/index/article/id/5612/cid/96>

Posvet »Dejavna starost«

Organizira: Športna unija Slovenije

31. marec, Novo mesto

Spletni naslov: <http://www.cnvos.info/sl/index/article/id/5641/cid/102>

Svetovni dan zdravja

Organizira: Pisarna SZO, Slovenija, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, MZ, MDDSZ, IVZ.

6. april, Maribor

Spletni naslov: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/whd/world-health-day-2012/activities-in-countries/slovenia>

Prvi festival medgeneracijskega sodelovanja

Organizira: Slovenska filantropija

19.–20. april, Maribor

Spletni naslov: <http://www.cnvos.info/sl/index/article/id/5621/cid/93>

V TUJINI

Looking after older people: Rights and wrongs and 38th Albert Wander Lecture

Organizira: Royal Society of Medicine

4. april, London, Združeno kraljestvo

Spletni naslov: <http://www.rsm.ac.uk/academ/gpc03.php>

Business of Aging 2012: Care and Career

Organizira: MaRS Discovery District

30. april, Toronto, Kanada

Spletni naslov: <http://businessofaging.marsdd.com/>

The Psychological Aspects of Physical Activity and Health Across the Lifespan

Organizira: University of Birmingham

10. maj, Birmingham, Združeno kraljestvo

Spletni naslov: <http://www.birmingham.ac.uk/schools/sport-exercise/research/conferences/papahal/index.aspx>

IFA 11th Global Conference on Ageing

Organizira: International Federation on Ageing

28. maj – 1. junij, Praga, Češka

Spletni naslov: <http://www.ifa2012.com/home>

21st Nordic Congress of Gerontology - Dilemmas in Ageing Societies

Organizira: Danish Society of Gerontology/ Danish Society of Geriatrics

10. – 13. junij, Kopenhagen, Danska

Spletni naslov: <http://www.21nkg.dk/>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

Negovalna bolnišnica

angleško: nursing hospital

nemško: Pflegekrankenhaus

Negovalna bolnišnica je namenjena ne-akutni zdravstveni oskrbi in negi bolnikov, največkrat starostnikov, pri katerih je končano akutno zdravljenje bolezni ali poškodbe, zaradi katere so bili sprejeti v bolnišnico. Obravnava bolezni praviloma več ne zahteva diagnostičnih postopkov in terapevtskih posegov, pacienti pa zaradi splošnega zdravstvenega stanja vseeno potrebujejo zdravstveno nego, ki je ni mogoče zagotoviti v domači oskrbi ali v socialnem zavodu. Negovalne bolnišnice omogočajo nižje stroške zdravstvene obravnave in krajše ležalne dobe v bolnišnicah; s tem razbremenijo prezasedene bolnišnice.

Negovalna bolnišnica je most med sekundarno in primarno zdravstveno oskrbo, saj nudi organiziran prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo, v dom starejših občanov ali rehabilitacijsko ustanovo. Bolniki v negovalni bolnišnici večinoma potrebujejo tudi rehabilitacijo in zdravstveno vzgojo, zato so negovalne bolnišnice večinoma kombinacije z rehabilitacijsko bolnišnico.

V sodobni gerontologiji je splošno sprejeto spoznanje, da sta interdisciplinarna povezanost med zdravstveno nego in socialno oskrbo edini uspešni način dela z onemoglimi in bolnimi stariimi ljudmi. Povsod, kjer še ni zaživela sistemska povezava obeh vidikov pomoči starejšim ljudem v enovitem sistemu dolgotrajne oskrbe, prihaja tako zdravstveno kot socialno varstvo starejših v čedalje hujšo slepo ulico. Ta primer imamo tudi v Sloveniji, zlasti od sredine devetdesetih let dalje, ko sta se v resorjih državne uprave ločila zdravstvo in socialno varstvo.

Zadnje čase naše zdravstvo uvaja negovalne bolnišnice in bolnišnične negovalne oddelke za stare ljudi. Cena njihovega oskrbnega dne je veliko nižja od oskrbe v ostalih bolnišnicah, obenem pa nekajkrat dražja od oskrbnega dne v domovih za stare ljudi. Če upoštevamo dejstvo, da so naši domovi za stare ljudi pretežno negovalne ustanove – saj je v njih večina kronično bolnih starih ljudi, ki potrebujejo zelo veliko zdravstvene nege in socialne oskrbe, potem je razumljivo, da v zavesti strokovne in širše javnosti še ni prave razmejitev med poslanstvom negovalne bolnice in (negovalnega) doma za stare ljudi. V primerjavi z drugimi evropskimi državami so pri nas tako negovalne bolnišnice kot domovi za stare ljudi finančno podcenjeni, se težko preživljajo in še težje razvijajo. Bistvena razlika med negovalno bolnišnico in *negovalnim domom*, oziroma sploh *domovi za stare ljudi*, je namen sprejema in dolžina bivanja starejših ljudi. Negovalne bolnišnice oskrbujejo in negujejo bolnike v povprečju en mesec in v tem času večino od njih rehabilitirajo, da gredo v domače okolje; v dom za stare ljudi pa je večina preseljena za stalno, do konca življenja. To pomeni, da naše negovalne bolnišnice v resnici v pretežni meri opravljajo vlogo *rehabilitacijskih bolnišnic* za starejše ljudi, ki je sodobna, človeško in stroškovno smiselna usmeritev javnega zdravstva.

Jože Ramovš in Tina Lipar

Rehabilitacijska bolnišnica

angleško: rehabilitation hospital

nemško: Rehabilitationskrankenhaus

Rehabilitacijska bolnišnica je namenjena rehabilitaciji ljudi z različnimi nevrološkimi, mišično-skeletnimi, ortopedskimi in drugimi

zdravstvenimi stanji, ki sledi stabilizaciji akutne bolezni. Rehabilitacijske bolnišnice pogosto delujejo kot samostojni oddelki znotraj bolnišnic za akutno oskrbo, včasih pa so od bolnišnic za akutno oskrbo tudi krajevno ločene. Bolnikom po poškodbi, kapi ali drugi bolezni nudijo telesno, delovno, govorno, socialno in drugo rehabilitacijo z namenom, da okrevajočega bolnika čim bolj prilagodijo na relativno samostojno življenje po odpustu iz bolnišnice. Podobno kot v splošnih bolnišnicah je tudi v rehabilitacijskih zagotovljena 24-urna medicinska in negovalna oskrba.

Posebna vrsta rehabilitacijskih bolnišnic je namenjena urejanju zasvojenosti od ilegalnih drog in alkohola po detoksikaciji.

S staranjem prebivalstva se uveljavlja model rehabilitacijske bolnišnice za starejše ljudi po končanem intenzivnem zdravljenju poškodbe ali bolezni. Usmeritev v zdravstveno rehabilitacijo starih ljudi je razvita v nekaterih evropskih državah, npr. v sosednji Avstriji. Ko starejšega človeka rehabilitirajo tako, da ni potrebna namestitve v ustanovi za oskrbo, ampak odide domov, mu izpolnijo največjo željo po življenju in starostni oskrbi v lastnem domu. Tako opravljajo rehabilitacijske bolnišnice za stare ljudi v družbi poslanstvo, ki v kombinaciji s poklicno *socialno oskrbo in zdravstveno nego na domu* ter z aktivno javno pomočjo domačim – *družinskim oskrbovalcem* – znižuje tudi stroške dolgotrajne oskrbe onemoglih starih ljudi.

Tina Lipar in Jože Ramovš

Negovalni dom za stare ljudi

angleško: nursing home

nemško: Pflegealtersheim

Negovalni dom za stare ljudi je ena od oblik doma za stare ljudi ali *institucionalne oskrbe starostnikov*. Namenjen je predvsem starejšim ljudem, ki potrebujejo zaradi starostne onemoglosti in bolezni stalno oskrbo, nego in pomoč pri vsakdanjih življenjskih opravilih. Organizacija in storitve negovalnega doma so usmerjene v trajno zdravstveno nego in socialno oskrbo stanovalcev. Negovalni dom se razlikuje od *negovalne bolnišnice* po tem, da so stanovalci v njem nastanjeni za trajno. Poleg tega ni njegov prednostni cilj rehabilitacija po bolezni ali poškodbi za ponovno samostojno življenje.

Slovenski domovi za stare ljudi so bili v sedemdesetih in osemdesetih letih 20. stoletja zasnovani in grajeni tako, da naj bi bila večina njihovih stanovalcev sorazmerno samostojna v opravljanju vsakdanjih opravil (hranjenje, higiena, gibanje ...), tisti, ki potrebujejo intenzivno oskrbo in nego, naj bi bili v manjšini. Struktura stanovalcev v domovih se je medtem korenito spremenila. Danes večina stanovalcev v naših domovih za stare ljudi potrebuje veliko oskrbe in nege, tako da so naši domovi za stare ljudi postali pravi negovalni domovi za intenzivno trajno oskrbo starih ljudi s hudimi kroničnimi boleznimi in visoko stopnjo onemoglosti.

Jože Ramovš

SIMPOZIJI, POSVETI

POROČILO O UDELEŽBI NA PRVI SVETOVNI KONFERENCI STAROSTI PRIJAZNIH MEST

Dublin, 28. do 30. december

V Dublinu na Irskem je od 28. do 30. septembra potekala 1. mednarodna konferenca Starosti prijaznih mest. Organizirala jo je Svetovna zdravstvena organizacija v sodelovanju z irsko organizacijo Starosti prijaznih okolij in Mednarodno zvezo o staranju. Konference se je udeležilo 400 predstavnikov mest in ustanov iz več kot 40 različnih držav sveta, ki so v svojih okoljih že vpeljale program Starosti prijaznih mest ali pa ga koordinirajo in tudi proučujejo. Iz Slovenije se je konference kot predstavnik Ljubljane udeležil dr. Bogomir Gorenšek, z Inštituta Antona Trstenjaka, ki je koordinator Starosti prijaznih mest in občin ter njihovih aktivnosti v Sloveniji, pa mag. Ksenija Ramovš in Mojca Slana. Na povabilo organizatorjev je na konferenci s predstavitvijo slovenskih izkušenj sodeloval tudi dr. Božidar Voljč.

Bistvo Starosti prijaznih mest ali občin je v aktivni vključenosti starejših in v zavezi županstev, da bodo razvijala, uvajala in nadzorovala programske aktivnosti. S tem se razvijajo okolja, v katerih se stališča starejših spoštujejo, kjer ni ovir za njihovo sodelovanje in kjer vse generacije, še posebej stari in mladi, med seboj sodelujejo. Z izmenjavo izkušenj in praks se spodbujajo novi pristopi in miselni vzorci, krepki pa se tudi razumevanje, kako socialni, ekonomski in okoljski dejavniki vsak zase in vsi skupaj vplivajo na življenje starejših ljudi. Koncept programa spodbuja uvajanje sprememb, ki jih zaradi novih demografskih razmerij potrebujejo okolja v razvitih in razvijajočih se družbah.

Po skoraj štirih letih, odkar se je na pobudo Svetovne zdravstvene organizacije v svetovnem merilu začelo gibanje Starosti prijazna mesta, se je nabralo veliko pozitivnih in negativnih izkušenj, ki so bile predstavljene na konferenci. Najpomembnejša izkušnja je, da je gibanju dalo velik impulz aktivno sodelovanje starejših meščanov oz. občanov, ki pa ob neustreznem odzivu mestnih ali občinskih služb ne dosega zelenih ciljev. Pri tem so nekatera županstva aktivna in na podlagi predlogov starejših pripravljajo strateške usmeritve, druga pa pričakujejo vodenje in pomoč. Povsod pa se pričakujejo nove oblike sodelovanja, rešitev in učinkovitosti. Globalna mreža trenutno povezuje približno 500 mest v 14 državah.

Konferenca je bila tematsko razdeljena na tri področja. Prvo je bilo namenjeno socialnim in kulturnim povezavam, drugo oblikovanju starosti prijaznih okolij in tretje krepitvi globalne starosti prijazne iniciative. Vsakemu področju je bilo namenjeno eno plenarno srečanje in posebne delavnice. Delegati so se za udeležbo odločali po lastnem preudarku, kljub temu pa so bile vse delavnice dobro, skoraj enakomerno obiskane.

Poseben del konference je bila »globalna vas«, pravzaprav razstava starosti prijaznih aktivnosti v posameznih mestih. Vsaka država oz. mesta, ki so se odločila sodelovati, so dobila svoj razstavni prostor, kjer so posamezna mesta in države predstavljale svoja okolja, med njimi tudi Slovenija. Istočasno so v omenjenem prostoru ves čas potekale predstavitve posameznih aktivnosti po svetu. V tem okviru je izkušnje Ljubljane v živo predstavil tudi dr. Gorenšek, svetnik MO Ljubljana.

Konference so se udeležili številni župani, nekateri med njimi so jo spremljali ves čas njenega trajanja in aktivno sodelovali pri delu skupin.

Udeleženci so imeli priložnost neposrednega izmenjevanja izkušenj v majhnih skupinah, ki niso dovoljevale pasivne udeležbe, prav tako je bilo veliko neformalnih izmenjav v osebnih srečanjih v odmorih in socialnih dogodkih ob večerih. Razprave in prispevki so obravnavali načela, prioritete in aktivnostne variante starosti prijaznega dogajanja v različnih okoljih. Izkazalo se je, da so slovenske izkušnje v veliki meri identične z izkušnjami mest, kjer program teče že nekaj let. Smo pa med redkimi državami, kjer starosti prijazne aktivnosti potekajo v skladu z nacionalnim programom, katerega načela je dr. Voljč udeležencem predstavil v svojem prispevku.

Eden izmed ciljev konference je bil tudi podpreti oz. podpisati Dublinško deklaracijo, s katero so bila postavljena načela, ki naj bi jim gibanje s svojimi aktivnostmi v prihodnje sledilo. Deklaracijo so v Mestni hiši slovesno podpisali prisotni župani ali njihovi zastopniki. Med slovenskimi mesti je deklaracijo podpisala Ljubljana, ki je edina poslala svojega predstavnika na konferenco. Dublinška deklaracija usmerja aktivnosti mest in občin na globalni ravni, hkrati so njena načela kažipot tudi v vsakem okolju.

Izkazalo pa se je, da ima gibanje v času svojo vsebinsko dinamiko. Če je bilo sprva namenjeno predvsem iniciativam starejših, se danes zelo poudarjajo medgeneracijske aktivnosti, s čimer se razvijajo novi medgeneracijski pristopi in filozofija. To je še posebej pomembno, ker bi prepričanje, da program nekritično podpira le potrebe starejših, gibanju lahko zelo škodilo. V vseh okoljih je potrebno paziti, da se sodelovanje starejših ne bi omejilo le na zbiranje kritičnih pripomb oz. kritiziranja županstev mest in občin in njihovih politik. Tudi ta smer utegne biti gibanju nevarna, ker hromi pozitivno naravnost županov, ki je bistvena, saj so to v prvi vrsti programi mest in občin, v katerih sodelujejo starejši prostovoljci. Po drugi strani pa neodzivnost županstev lahko ustavi dobronamerno sodelovanje starejših, ki

lahko le predlagajo, nimajo pa izvršnih pooblastil ali kapacitet. V Sloveniji se srečujemo z vsem omenjenim. Imamo zelo aktivna mesta in taka, ki jim je pomembno biti v mreži, aktivnosti pa je malo.

Veliko govornikov je v svojih predstavitev oz. govorih izpostavilo eno pomembnejših vprašanj oz. dilem glede nadaljnega razvoja SPM: iz konceptov se je treba premakniti v akcijo. Kako to storiti? Poudarjali so, da je pri reševanju tega vprašanja treba vključiti raziskovalce, praktike, snovalce politik, arhitekto, strokovnjake in druge ter skupaj z njimi oblikovati smernice, standarde, kazalnike in ocene. Najprej je torej treba razviti orodja za oceno prijaznosti mest do starejših, nato pa ta orodja pilotno testirati v mestih in lokalnih skupnostih ter njihovo uporabo razširiti.

Predstavljen je bil tudi eden izmed modelov evalvacije SPM, sestavljen iz šestih stopenj, podlaga ali stopnja 0 je ovrednotenje dotedanjih dejavnosti oz. vsega, kar je že narejeno ali se dela za SPM. Sledijo stopnje: 1. zbiranje potreb, ki so jih izrazile različne skupine prebivalcev mesta ali občine; 2. analiza in strokovna utemeljitev zbranih potreb; 3. akcijski plan uresničevanja prepoznanih novih nalog; kako, kdo, do kdaj oz. roki izvedbe; 4. potek izvajanja nalog; 5. analiza izvedenih nalog; 6. promocija in izmenjava dobrih praks.

Pri tem je dobro uporabiti tudi določeno mero samokritičnosti in upoštevati realne potrebe – nima smisla reševati problemov, ki niso prioritetni oz. jih ljudje sploh ne zaznavajo kot problematične. Po drugi strani pa veliko politikov oz. županov sploh ne ve, zakaj je nekaj potrebno. Pomembno je, da jim takšne stvari na pravi način predstavimo. Samo to lahko privede do uspešnega sodelovanja med vodstvom mest oz. občin in prebivalci tistih krajev; treba je ustvariti dobre, močne in pozitivne povezave med ljudmi in njihovim okoljem. Prebivalci morajo biti in se tudi počutiti za soustvarjalce prihodnosti

svojega kraja, kajti le-oni so tisti, ki svojemu kraju pravzaprav dajejo utrip in življenje. Kakor so torej prebivalci mest in občin moralno dolžni pomagati vodstvu, jim povedati, predlagati kaj in tudi kako bi radi nekaj spremenili na boljše, se je vodstvo mest oz. občin dolžno odzvati na njihove pobude.

Kot je razložil ambasador James A. Joseph, ne smemo se spraševati, kaj lahko storimo za starejše, ampak, kaj lahko storimo skupaj.

Je pa tudi nekaj načelnih vprašanj. Ali se bodo aktivnosti z osmih področij življenja razširile na še kakšno področje, npr. medgeneracijsko, in ali se bodo aktivnosti samih starejših, ki posredno vplivajo na prijaznost in kakovost življenja starejših, vključile v program? Take aktivnosti so npr. zmanjševanje nepravilnosti v zdravju s pomočjo izkušenj samih starejših, kar prav tako sodi v globalni program Svetovne zdravstvene organizacije o premoščanju razlik (*bridging the gap*) in program zmanjševanja padcev med starejšimi s pomočjo posebej usposobljenih

prostovoljcev, ki ga je Evropska komisija uvrstila med prioritete usmeritve v letu aktivnega staranja in medgeneracijskega sožitja, ki bo potekalo v letu 2012. Na obeh področjih v Sloveniji poteka pilotna raziskava Evropske komisije o premoščanju razlik v socialnem gradientu na področju zdravja, prav tako se širijo aktivnosti na področju preprečevanja padcev. To so vprašanja, ki lahko v pozitivnem primeru pospešijo gibanje z novimi vsebinami in mu zagotovijo nadaljnji obstoj in rast, lahko pa ga ob slabši odzivnosti mest ali občin tudi zavirajo.

Starosti prijazna mesta so mesta, ki so prijazna za vse. Njihova prihodnost je neomejena – to so mesta priložnosti, povezanosti, inspiracij, mešanih generacij, aktivnosti, reševanja problemov ... Sporočilo konference v Dublinu je spodbudno. Gibanje se širi in v sedanji demografski dinamiki predstavlja pozitivno smer, ki odpira številne nove in potrebne rešitve. Vsi, ki smo vanj vključeni, storimo vse, da bo tako tudi ostalo.

Božidar Voljč, Mojca Slana, Ksenija Rumovš

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

STAROSTI PRIJAZNA SLOVENIJA V LETU 2012

Inštitut Antona Trstenjaka v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo uvaža v Sloveniji program Starosti prijaznih okolij od leta 2008. Ko smo pričeli, smo govorili o starosti prijaznih mestih, v letu 2012 govorimo o starosti prijaznih okoljih. V spremenjenem imenu ni le vsebinska razlika, ampak tudi pot, ki smo jo na Inštitutu v sodelovanju z mesti in občinami, člani nacionalne mreže, prehodili v teh štirih letih. Starosti prijazno gibanje se širi na podeželje, kjer prav tako živijo stari ljudje, ki se v želji po njim prijaznem okolju prav nič ne razlikujejo od svojih vrstnikov v mestih. Krivično bi bilo, če bi s programom ostali le v mestih. Čeprav so razlike v načinu življenja med mestom in deželo v Sloveniji danes manjše kakor nekoč, predstavlja širjenje programa na podeželje njegovo veliko vsebinsko in sporočilno obogatitev, ki lahko dopolnjuje tudi dogajanja v mestih. Svetovna zdravstvena organizacija je od leta 2007, ko je program predstavila svetu, zbrala veliko izkušenj, ki so jo pripeljale do Starosti prijaznega podeželja. Še več! V letu 2012, evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijskega sožitja, se programu pridružuje tudi Evropska unija, ki želi biti prijazna njenim vse številnejšim starejšim državljanom.

Na začetku najbrž nihče ni mogel pričakovati, da se bo program tako uspešno širil po vsem svetu. Lansko prvo svetovno srečanje Starosti prijaznih mest v Dublinu je bila morda tudi slika prihodnjega, za vse generacije bolj prijaznega sveta, ki nove, velike potenciale dolgožive družbe vključuje v svojo prihodnost. To je mogoče doseči le s spremenjeno socialno miselnostjo, ki ne zanemarja znanja in izkušenj starejših, ki starejših ne

vidi kot breme družbe in ki dolgoživost sprejema kot velik razvojni in kulturni dosežek moderne družbe. Prav zaradi podaljševanja življenja človeška skupnost ne bo nikoli več taka, kakor je bila, vsaka demografska sprememba pa hočeš-nočeš prinaša s seboj tudi nujne organizacijske spremembe družbe. Te niso nujno samo pozitivne, lahko vodijo tudi v revolucije, če prilagajanja niso pravočasna in pravilna. Sporočilo in aktivnosti Starosti prijaznih okolij so primer dobre prakse, v kateri vsi, s politiko vred, lahko najdemo, ali še bolje, ustvarimo, veliko povezujočih rešitev.

Vsako okolje, vsaka država ima svoje posebnosti in Slovenija ni izjema. Pri nas se staramo še posebej hitro tudi zato, ker z obstoječo rodnostjo ne bomo ohranili današnjega števila prebivalstva. Čeprav statistika vsako leto kaže, kako hitre so naše demografske spremembe in opozarja na nujno po ukrepanju, tega ni ali pa kaže na neustrezno zavedanje politike na vseh področjih, še posebej zdravstva in sociale. Velik družbeni kapital starih ostaja v Sloveniji neizkoriščen, Starosti prijazna okolja pa so redek primer, kako bi ga bilo mogoče vključiti v nadaljnji razvoj mest in občin oziroma lokalnih okolij. Odnos mest in občin do Starosti prijaznih okolij kaže, v kolikšni meri se zavedajo, kaj prinašajo s seboj generacijske spremembe. In še nekaj. Program ob še tako dobri volji županov brez aktivnega sodelovanja starih ne more teči. To je njihov program, njihova možnost večje socialne vključenosti, aktivnega državljanstva in dobronamernega posredovanja znanja in izkušenj okolici, v kateri živijo. Seveda pa so razlike tudi med župani. Kdor občino popelje v mrežo Starosti prijaznih okolij, razume izziv demografskih sprememb na področju, ki mu županuje. Tega mu še tako zadrt politični nasprotnik ne

more šteti v slabo. Vključevanje starih v razvoj je že od antike naprej dobra odločitev.

Izkušenj, ki smo jih na Inštitutu in v mreži zbrali v teh štirih letih, ni malo in so v glavnem pozitivne. V vsaki skupini, tudi v mreži, se ustvari rang. Eden je bolj, drugi manj uspešen. Na Inštitutu, ki je koordinator aktivnosti, pa ranga nimamo. Vsakogar v mreži sprejemamo enako in verjamemo, da vsak dela toliko, kolikor hoče, zmore in potrebuje. Pomembneje se nam zdi, da so se okolja spoznala drugače in da sodelujejo. Mreže, tako slovenske kot globalne, ni brez sodelovanja. Zagotovo pa slovenska Starosti prijazna okolja pridobivajo na vsebini, ki jo vsako mesto, vsaka občina piše na kožo svojih potreb in želja. S tem postaja program za vsako okolje bolj sprejemljiv, za druga okolja v mreži pa zaradi specifičnih izkušenj drugih občin bolj zanimiv. Izmenjava izkušenj in dobrih praks pa predstavlja vezivo programa.

Program Starosti prijaznih okolij je program mest in občin in tam mora ob aktivnem sodelovanju seniorjev tudi živeti. Vloga Inštituta je v koordinaciji aktivnosti, pomoči, kadar je

potrebna, in v povezovanju nacionalnega programa z globalnim. V zadnjem času Inštitut povezuje program še z aktivnim in zdravim življenjem, izobraževanjem širiteljev in oskrbovalcev, preventivo padcev, medgeneracijsko solidarnostjo in drugimi programi, ki okoljem, ki to želijo, lahko pomagajo pri uresničevanju njihovih s starostjo in staranjem povezanih želja in potreb. Po tej plati program dobiva tudi svoje slovenske značilnosti, s katerimi ga lahko primerjamo z aktivnostmi v drugih državah.

V mreži in na Inštitutu si želimo, da bi se program ob podpori županstev in Vlade razvijal naprej in zajel čim več slovenskih okolij. V resnici bo potekal tako, kakor bodo določale razmere. To pa ne bo spremenilo njegovih ciljev, ki jih lahko povzamemo s pojmi enakopravne aktivne vključenosti, pripadnosti svojemu okolju, vsem koristnih sprememb, novih rešitev, povezovanja mest s podeželjem, prijateljstva in sodelovanja. Verjamemo, da so to cilji, ki dolgoživosti in tistemu, kar nas čaka, dajejo pravi smisel.

Božidar Voljč

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

DELO INŠTITUTA ANTONA TRSTENJAKA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE V LETU 2011

Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje smo bili tudi v letu 2011 zelo aktivni. Ob naglem staranju prebivalstva Evrope, in Slovenije še posebej, ki se dogaja od začetka 21. stoletja, je ena od najbolj perečih nalog trajnostnega razvoja ta, da poznamo stanje na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja ter dobre rešitve, ki jih nudijo domača in tuja znanost ter stroke in politike drugih držav.

Naloga, ki se ji veliko posvečamo, je načrtovanje, priprava in implementacija potrebnih in cenovno ugodnih programov ljudske preventive za zdravo in aktivno staranje ter za solidarno sožitje generacij. Taki programi praviloma slonijo na prostovoljskem delu ljudi, ki svoje strokovne in življenjske izkušnje nadgradijo po metodi socialnega učenja z novim znanjem in veščinami in ga potem kompetentno širijo v svoje okolje ter tako izvajajo družbeno koristno delo. Generacije starejših delavcev in mlajših upokojencev so potenciali, ki lahko veliko doprinesejo k trajni socialni blaginji. To je zlasti pomembno v kriznem obdobju, v kakršnem smo sedaj, ko se povečuje število dejavnikov tveganja za revščino in socialno izključenost med najbolj ranljivimi skupinami, kamor spadajo skupine mladih, invalidov in starejši ljudje.

Kot nacionalni inštitut za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje smo tudi v letu 2011 za Vlado RS izvajali dve redni gerontološki nalogi. V prvo so vključene vse dejavnosti, ki

imajo značaj zagotavljanja osnovnih sodobnih spoznanj s področja gerontologije, geriatrije in medgeneracijskega sožitja slovenskemu strokovnemu, političnemu in družbenemu prostoru. To je temeljna naloga za obstoj nacionalne gerontologije in jo Inštitut dela neprekinjeno, odkar ga je Vlada RS ustanovila, da opravlja to poslanstvo za Slovenijo. V drugi nalogi so združene dejavnosti, ki omogočajo osnovno nacionalno gerontološko raziskovanje.

Pregled našega dela na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja v preteklem letu lahko strnemo v naslednjih točkah.

1. Redno smo spremljali in širili gerontološka in medgeneracijska spoznanja v strokovnih revijah, knjigah, na konferencah, na svetovnem spletu in v drugih virih.

Zbrana spoznanja in podatke smo sproti obdelovali, jih po potrebi prevajali iz tujih jezikov v slovenščino in obratno ter jih pripravljali za širjenje v slovenski strokovni in ostali družbeni prostor.

Širjenje znanja je potekalo na več načinov. Vsako četrletje smo izdali slovensko znanstveno in strokovno revijo za področje gerontologije in medgeneracijskega sožitja ***Kakovostna starost***. V letu 2011 smo izdali štiri številke 14. letnika v obsegu 408 strani. V njej smo objavili 16 znanstvenih člankov, 30 strokovnih prikazov, raziskav, monografij, študij in člankov - večinoma tujih. Objavili smo 41 krajših strokovnih prikazov iz tuje gerontološke literature, najavili smo 31 znanstvenih kongresov in drugih dogodkov po svetu in doma, pripravili smo 12 poročil z mednarodnih in domačih kongresov in posvetov, na katerih smo sodelovali. Na novo smo obdelali štiri gerontološke izraze ter tri obsežne strokovne intervjuje s tega področja.

Gerontološko znanje širimo tudi s spletno stranjo. Na novih spletnih straneh so dostopni povzetki iz revije, prikazi in drobci iz gerontološke literature in medgeneracijskega sožitja, gerontološki dogodki, poročila s simpozijev, festivalov in delavnic in gerontološko izrazje, kar pripomore k še večji dostopnosti in širitvi spoznanj. Obnovljen je zavihek »Inštitut«, ki nam omogoča tekoče objavljane novic in dogodkov. V arhivu revije so dostopni povzetki vseh dosedanjih člankov revije ter celotna besedila nekaterih. V letu 2011 smo uredili možnost iskanja prispevkov po ključnih besedah, kar pomeni največjo slovensko bazo znanj s področja gerontologije in medgeneracijskega sožitja.

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

Skozi vse leto smo imeli številna javna predavanja in okrogle mize po raznih krajih Slovenije. Inštitut je tudi v lanskem letu strokovno sodeloval z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) in Ministrstvom za zdravje (MZ). Del tega dela je bil usmerjen v pomoč MZ pri izvedbi problemske konference o zdravstveni gerontologiji in geriatрії; ob tej priložnosti smo izdali tudi zbornik referatov.

Inštitut je pomagal Vladi RS zlasti na naslednjih dveh prednostnih področjih. Prvo – pri strateškem načrtovanju in pripravi na povečan delež starih ljudi v Sloveniji in pri krepitvi medgeneracijske solidarnosti v javni vzgoji osnovnega, srednjega in drugega javnega izobraževanja. Drugo – pri sistematičnem urejanju starosti prijaznega urbanega in podeželskega prostora.

Vse leto smo z argumenti nastopali v javnosti v podporo vladi RS (MDDSZ in MZ) pri njenem prizadevanju za pripravo in sprejem zakona o sodobnem in finančno vzdržnem sistemu dolgotrajne oskrbe in njenega financiranja.

Dr. Božidar Voljč in dr. Jože Ramovš sta člana delovne skupine za gerontologijo in geriatrijo, dr. Božidar Voljč tudi delovnih skupin za zdravila v

starosti in za demenco. Obema ministrstvom smo za naše področje dela vse leto pomagali tudi pri raznih manjših tekočih nalogah in delih, pri katerih so potrebovali našo svetovalno in informativno pomoč pri delu doma in v sodelovanju z Evropo ali s tujino. Uspešno smo sodelovali z *AGE Platform Europe*, ter jo zastopali pri oblikovanju Strategije Evropske agencije za zdravila o razvoju zdravil za starejše. Stališče je bilo najprej potrjeno na sestanku IIFG skupine 14. junija, naslednjega dne pa predstavljeno Interparlamentarni skupini za področje starosti v Evropskem parlamentu v Bruslju.

Udeležili smo se Evropskega srečanja o dolgotrajni oskrbi (We-Do projekt), ki je potekalo v Utrechtu od 21. - 22. 6. Dr. Božidar Voljč je bil moderator pogovora v eni od treh delovnih skupin.

Dva samostojna prispevka smo imeli na 7. evropskem kongresu gerontologije in geriatrije v Bologni med 14. in 17. aprilom 2011 (Ramovš J., Ramovš K., Slana M.: *Dependency and care in old age – preferences of older Slovenians* in Ramovš J., Ramovš K., Starc M.: *Achievement of life purpose and subjective well-being among elderly (50+) in Slovenia*) objavljeno v: *Ageing clinical and experimental research*, Vol. 23, Suppl. To No. 1, VII European Congress: Healthy and Active Ageing for All Europeans, Bologna (Italy), April 14-17.2011, str. 242 in 274). Udeležili smo se 1. svetovne konference starosti prijaznih mest v Dublinu, ki je potekala od 27. do 29. septembra. Slovenijo smo zastopali s predavanjem dr. Božidarja Voljča, *Age Friendly Movement in Slovenia*, in s stojnico s posterji ter gradivom slovenskih starosti prijaznih mest ves čas konference.

Skupaj s Psihiatrijo Kocmur smo soorganizirali mednarodni simpozij o shizofreniji, ki je potekal v Ljubljani od 14. do 15. oktobra 2011, ter izdali zbornik referatov. Na simpoziju smo imeli poleg uvodnih misli plenarni referat z naslovom Razklanost med zdravim staranjem in odporom do starosti.

Odmeven je bil naš referat na kongresu *Gerontology & Geriatrics* 2011, ki je potekal od 23. do 27. oktobra 2011 v Melbournu v Avstraliji, z naslovom: *Model of Volunteer Multipliers of Programmes for Healthy Ageing*. Dobili smo potrditev, da smo pri razvoju in izvajanju gerontoloških programov za široko ljudsko preventivo med vodilnimi v svetu.

2. Koordiniranje in vodenje slovenske mreže starosti prijaznih mest in občin ter koordinacija slovenske mreže s svetovno pri SZO.

Starosti prijazna mesta (*Age-friendly Cities*) so mednarodni program Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki skuša mestom pomagati, da se pripravijo na 2 globalna demografska trenda – naglo staranje prebivalstva in širjenje urbanizacije. V programu je identificiranih 8 področij, ki lahko vplivajo na zdravo in kvalitetno življenje starejših ljudi: stavbne in izvenstavbne površine, prevoz, bivališča, družabno življenje, spoštovanje in vključevanje v družbo, družbeno angažiranje in zaposlitev, občevarje in obveščanje ter storitve skupnosti in zdravstvenih služb. Mesta, ki se želijo vključiti v Globalno mrežo Starosti prijaznih mest, se morajo zavezati, da bodo kontinuirano sledila programu Starosti prijaznih mest in svoj razvoj načrtovala tako, da bodo postajala čim bolj prijazna starim ljudem. Slovenskim mestom pri tem pomaga Inštitut Antona Trstenjaka, ki je koordinator slovenskih Starosti prijaznih mest. Ustanovili smo Slovensko mrežo Starosti prijaznih mest (SMSPM), kamor so vključena vsa slovenska starosti prijazna mesta. Za lažje sodelovanje med mesti smo ustanovili Nacionalni odbor SMSPM, v katerem je iz vsakega mesta po en predstavnik. Trenutno je vključenih 7 mest in občin, nekateri se pripravljajo na vključitev.

3. Osnovno gerontološko raziskovanje

Namen te naloge je omogočiti bazična nacionalna raziskovalna spoznanja za področje gerontologije in medgeneracijskega sožitja. Pri

tem je od Vlade RS sprejeti program Inštituta za leto 2011 predvidel izvajanje določenih raziskav, le da smo nekatere izmed njih, zaradi skromne finančne podpore, izvedli v lanskem letu v manjšem obsegu. V nadaljevanju prikazujemo delo Inštituta na raziskovalnem področju.

a) Potencial socialnega gradienta v zmanjševanju zdravstvenih neenakopravnosti med starejšimi.

Raziskavo izvajamo od decembra 2010 in bo zaključena julija 2012. V raziskavi razumemo socialni gradient v zdravju kot dinamično družbeno razmerje vseh, ki so vanj vključeni. Izhajamo iz hipoteze, da se v socialnem gradientu ne prepletajo samo socialne determinante zdravja, ampak tudi socialna odgovornost, kar mu zagotavlja doslej premalo upoštevan in izkoriščen pozitivni potencial. S tem raziskava vstopa v prostor med posameznimi stopnjami gradienta, kjer je mogoče zaznati njihove različne medsebojne povezave. Socialni gradient postane tako sistem, ki izkazuje različne lastnosti in potenciale. V sistemu razmerja v gradientu niso stalna, zato na dogajanja v njem lahko vplivajo tudi vsi, ki so vanj vključeni. Z raziskavo želimo preveriti veljavnost hipoteze, da je s sodelovanjem med starejšimi bolniki s hipertenzijo, ki izkazujejo različen socialni gradient, s prenosom znanja in izkušenj bolj izobrazjenih bolnikov na manj izobrazene, možno doseči boljše obvladovanje vsakodnevnih problemov povezanih z boleznijo, in boljše zdravje tistih s spodnje polovice gradienta. Pri tej raziskavi je največji akcijski del dejavnosti na terenu v zdravstvenih domovih s skupinami hipertonicov različnega socialnega gradienta. Zbrali smo tri skupine hipertonicov po določenih kriterijih, najpomembnejša med njimi sta izobrazba in starost, in sicer v Mariboru, Ribnici in v Beogradu. Zanje smo pripravili enotni metodološki protokol za tečaj, ki so jih vodili usposobljeni moderatorji. V raziskavi sodelujejo družinski zdravniki vključenih hipertonicov, ki so opravili določene meritve

pred vključitvijo v skupino ter po zaključenem tečaju. Za spremembo življenjskega sloga, kar je eden izmed ciljev programa, je potrebno daljše časovno obdobje, in ker je potekal tečaj zgolj 10 tednov, smo podaljšali akcijski del programa. V Ribnici in v Mariboru smo podaljšali program za pol leta, in sicer v obliki mesečnih srečanj. Udeležuje se jih dve tretjini v raziskavo vključenih hipertonikov, predvidena je tudi dodatna meritev parametrov bolezni. Analize procesov skupinske dinamike in rezultatov testiranja bodo opravljene v letu 2012.

- b) *Raziskovanje v okviru uvajanja programa Starosti prijazna mesta in občine ter znanstvene analize inovativnih akcijsko-raziskovalnih razvojnih preventivnih programov.* Na podlagi analiz potreb posameznih občin smo oblikovali mrežo Starosti prijaznih mest in občin. S pomočjo koordinatorjev smo naredili zbirnik starosti prijaznih programov po občinah ter poskrbeli za izmenjavo dobrih praks.
- c) *Gerontološki in medgeneracijski terminološki slovar.* Cilj dela v letu 2011 pri tem, za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje temeljnem projektu, je bil nadaljevati znanstveno delo definiranja posameznih gerontoloških in medgeneracijskih pojmov ter v sodelovanju z Inštitutom za slovenski jezik pri SAZU iskati možnosti za pridobitev sredstev za večletni projekt izdelave in izdaje celotnega slovarja. V letu 2011 smo obdelali naslednje gerontološko izrazje: medgeneracijsko prostovoljstvo, potrebe v starosti, zmožnosti v starosti in prehrana starostnikov.
- d) *Varno jemanje zdravil v starosti.* Na temelju raziskovalnih podatkov reprezentativnega vzorca prebivalcev Slovenije, ki so stari nad 50 let, je bil izdelan elaborat o rabi zdravil med starejšimi (mag. Irgolič Nada) in oddan MZ, v pripravi je celovit članek za objavo.
- e) *Prostovoljstvo za starejše ljudi na področju zdravstva, socialnega varstva, izobraževanja in krajevnih skupnosti.* V letu 2010 smo sondirali

stanje glede prostovoljstva po slovenskih bolnišnicah. V letu 2011 smo nadaljevali z zbiranjem in analizo podatkov o potrebah po prostovoljstvu za starejše ljudi v različnih okoljih in v ambulantni dejavnosti slovenskih bolnišnic ter objavili analizo.

- f) *Povečanje elektronske pismenosti in uporabe e-pripomočkov med starejšimi ljudmi.* Narečen je članek z analizo stanja slovenskega prebivalstva, starega 50 in več let, glede elektronske pismenosti. Na reprezentativnem vzorcu terenske raziskave (N=1047) smo ugotovili, da 72,5 % te populacije ne zna uporabljati računalnika, kar pomeni 550.000 prebivalcev Slovenije, in da bi se 21,3 % od teh želelo takoj naučiti uporabljati računalnik. Poleg analize stanja smo naredili projekcijo možnosti računalniškega opismenjevanja starejših preko medgeneracijskega sodelovanja z dijaki, kar smo modelno že preizkusili v praksi.

4. Razvijanje socialne mreže programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami

in njeno praktično uvajanje na terenu po Sloveniji je izviren razvojni gerontološki program Inštituta. Sofinancira ga MDDSZ in občine oziroma ustanove. Je naš najstarejši in najbolj razvejan program. Ta socialna mreža je sistem sodobnih programov, s katerim v občini, krajevni ali drugi skupnosti ali v ustanovi za stare ljudi ozaveščamo o kakovostnem, zdravem in aktivnem staranju ter o solidarnem sožitju med generacijami, usposabljam posameznike in skupine za učinkovito ureničevanje teh nalog na principu samopomoči in krajevne samoorganizacije. Glavni namen mreže je preprečevanje socialne izključenosti starejših in krepitev medgeneracijske solidarnosti. Mreža obsega nad dvajset med seboj povezanih programov, ki so razporejeni v štiri vsebinske sklope.

Prvi sklop tvorijo programi za informiranje in ozaveščanje celotne skupnosti o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju med generacijami,

svetovanje vodstvom skupnosti pri uvajanju medgeneracijske socialne mreže ter načrtovanje uvajanja programov v skupnosti ali organizaciji. V letu 2011 smo delali s številnimi občinami, med njimi so bile Ivančna Gorica, Kostel, Kobarid, Velenje, Ravne na Koroškem itd. Drugi sklop tvorijo različni tečaji praktičnega socialnega učenja za zdravo, varno, aktivno in kakovostno staranje ter za lepše sožitje med generacijami. V okviru tega programa smo izvajali že ustaljeni program družabništva ob računalništvu. Tudi v lanskem letu se je do junija 2011 usposobilo 18 starejših ljudi za delo z računalnikom, toliko novih je začelo z druženjem ob računalniku jeseni 2011. Lepo so bili obiskovani tečaji za družinske člane, ki doma oskrbujejo svojce, dveh izvedb se je udeležilo blizu 50 svojcev, ki po končanem tečaju nadaljujejo z mesečnimi srečanji v klubu svojcev.

Posebno pozornost zasluži širiteljski program za preprečevanje padcev v starosti. V letu 2011 smo usposobili 75 širiteljev – voditeljev učnih skupin za preprečevanje padcev v starosti, ki so v času usposabljanja vodili 42 skupin za 410 udeležencev. Ta naš inovativni model smo v tem letu izdelali tako, da je enostaven in učinkovit za množično uporabo. Pripravili in izdali smo tri publikacije: učbenik o padcih za širitelje *Zmanjšamo padce v starosti*, 2. dopolnjena izdaja (Voljč Božidar, Ramovš Ksenija), metodični priročnik navodil za širiteljevo delo v skupini ter priročnik *Preprečevanje padcev v starosti za udeležence skupinskega tečaja*, ki ga je pripravila skupina devetih avtorjev z Inštituta. Pred koncem leta 2011 smo izdali tudi 2., dopolnjeno izdajo tega priročnika.

Tretji sklop tvorijo prostovoljski programi, ki jih izvajajo s starejšimi ljudmi prostovoljci vseh treh generacij. Izobraževanje za ta program smo prenovili ter ga dopolnili tako, da je večji poudarek na osvajanju veščin vodenja skupine. Novih voditeljev skupin smo izobrazili nad štirideset. Četrty sklop so programi za trajno samoorganizacijo krajevne socialne mreže za kakovostno

stiranje in sožitje generacij ter strokovna opora lokalnim društvom ter vzdrževanje prostovoljske kondicije pri večletnih prostovoljcih. Tudi v letu 2011 smo organizirali tri tečaje za večletne prostovoljce, ki so bili lepo obiskovani in sprejeti.

5. Druge gerontološke in medgeneracijske dejavnosti

- a) *EU projekt REAIS plus*. Nadaljevali smo delo na tem mednarodnem EU projektu (2009-2011) pod vodstvom Univerze v Grenoblu, v katerem sodelujejo še Grčija, Latvija, Romunija in Nemčija. Njegov namen je ugotoviti stanje in potrebe med zapuščenimi otroci, mladostniki in starimi ljudmi ter oblikovati učni kurikulum za usposabljanje socialnih delavcev za delo s temi skupinami ljudi. V letu 2011 so bili izdelani učbeniki za strokovne delavce, posnet je bil tudi video film o strokovni pomoči ranljivim skupinam.
- b) *Za MZ izvajamo pilotni program za trezno in zdravo staranje*. Potekal bo po naši izvorni širiteljski metodi v skupinah s socialnim učenjem. V letu 2011 smo oblikovali model, pripravili učna gradiva in druge dejavnosti za aplikacijo programa na terenu v letu 2012.
- c) Od začetka leta 2011 smo skupaj z izobraževalnim podjetjem FIRIS v Komendi izvajali izobraževanje za kandidate, ki želijo delati na sodoben način v gospodinjstvih skupinah v njihovem prihodnjem Medgeneracijskem središču. Poleg njih so se v usposabljanje za kakovostno delovanje njihovega Medgeneracijskega središča vključili tudi vodilni kadri krajevnega zdravstva, socialne, šolstva in vzgoje, nevladnih organizacij in občinske uprave. V drugi polovici leta se je to izobraževanje prekinilo, ker je pri njih prišlo do zastoja v realizaciji projekta Medgeneracijsko središče Komenda.
- d) Pri kandidaturi *UniCredit Foundation* za donacijo pri izvajanju programa *Naj se starajo doma (Let them get older at home)* smo med

vsemi kandidati dobili najvišje število glasov tako tuje kot slovenske žirije. S tem programom smo se zavezali, da bomo v letih 2011 in 2012 izvedli usposabljanje prostovoljcev in družinskih oskrbovalcev v petih podeželskih občinah po Sloveniji. Dela na teh programih potekajo dobro, celo v oddaljeni majhni občini Kostel na Kolpi, ki ima izredno velik delež starih ljudi, je program zbudil veliko zanimanje in v pripravi imajo skupino nad 20 prostovoljcev za usposabljanje.

- e) Za Občino Ivančna Gorica smo pred koncem leta 2011 prevzeli izvedbo terenske vzorčne raziskave *Zdravo staranje in kakovostno sožitje – stališča, potrebe in zmožnosti polnoletnih prebivalcev Občine Ivančna Gorica*; raziskavo bo potekala še v prvi polovici leta 2012.
- f) Na več fakultetah (medicinski, zdravstvenih, psihoterapevtski, arhitekturi, socialnem delu, ekonomski) smo sodelovali v pedagoškem procesu kot predavatelji ter kot mentorji ali članki komisij pri diplomskih in podiplomskih nalogah s področja staranja in medgeneracijskega sožitja.
- g) Skupaj s Fakulteto za arhitekturo Univerze v Ljubljani smo izdali znanstveno monografijo arhitekta Gašperja Kocipra *Medgeneracijsko središče Zgornja Šiška v Ljubljani. Urbanistična zasnova in idejni načrt*.
- h) Pripravili smo knjigo Jožeta Ramovša *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*, ki bo služila za ozaveščanje krajevnih skupnosti in posameznikov po Sloveniji o teh aktualnih vprašanjih.

V letu 2011 je naša interdisciplinarna 10-članska strokovna ekipa zelo uspešno izvajala znanstveno-teoretično in praktično terensko delo na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja. Zavedamo se, da področje staranja in sožitja med generacijami zahteva preusmeritev miselnosti obstoječih sistemov pri prilagajanju na vedno večji delež starih ljudi in vključevanje njihovih neizkoriščenih potencialov v družbeni

razvoj in solidarnost med ljudmi. Čas ekonomske in socialne krize je zelo primeren za vsebinske premike na tem področju, pri čemer ima Inštitut zmožnosti, da tu še naprej strokovno prispeva svoj delež.

V letu 2012 bomo praznovali 20-letnico Inštituta. To bo priložnost, da se s ponosom ozremo na dosežane delo, naredimo bilanco narejenega in načrte za naprej.

Ksenija Ramovš *

* Mag. Ksenija Ramovš je direktorica Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v Ljubljani.

NEGOVALNI ODDELEK UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

V svetu so že vrsto let razvite različne oblike negovalnih bolnišnic in oddelkov, ki imajo organizirano prehodno ali dolgotrajno obliko zdravstvene nege. Tudi pri nas veliko pacientov po končanem akutnem bolnišničnem zdravljenju ne zmore samostojno živeti, zato potrebujejo zdravstveno nego. Ker so domovi za upokojeence večinoma zasedeni, bolnišnice pa tudi, se znajdejo v velikih težavah.

V Univerzitetnem kliničnem centru je kljub veliki posteljni kapaciteti še vedno največji problem prezasedenost s pacienti, ki so zaključili akutno obravnavo zdravljenja, potrebujejo pa še storitve zdravstvene nege, nadzor nad zdravstvenim stanjem, fizioterapijo in socialno podporo.

Potrebe teh pacientov je zaznala in nanje želela odgovoriti Erna Kos Grabnar, glavna medicinska sestra UKC v Ljubljani. »Za bolnike, ki so končali akutno zdravljenje, seveda skrbimo, a zanje nimamo organiziranega celovitega pristopa. Zdaj so v drugi vrsti, mi pa si želimo, da bi bili v prvi!« je pojasnila kot vodilna v skupini za uresničevanja dolgoletnega projekta – ureditev mestne negovalne bolnišnice.

Negovalnih oddelki ali bolnišnice so pomembni zaradi zniževanja stroškov, prezasedenosti bolnišnic in zaradi potreb po skrajšanju ležalne dobe. Tako bi zmanjšali pritisk na bolnišnice, hkrati pa omogočili pacientom kakovostnejši prehod iz bolnišnice v domačo ali domsko oskrbo. Nezadostno podprt in organiziran prehod iz bolnice v domačo oskrbo ali drugo organizirano obliko varstva predstavlja predvsem škodo za pacienta. Pojem negovalni oddelek tudi v našem prostoru ni več nov.

11. februarja, na svetovni dan pacientov, je odprl svoja vrata Negovalni oddelek, ki deluje v okviru Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Nahaja se v stavbi stare Pediatrične klinike na Vrazovem trgu 1. Okolje je kot nalašč ustvarjeno za hitrejše okrevanje, saj bolnišnico obdaja velik vrt, z oddelkov pa je mogoč dostop na sončno teraso. Tam, od koder se je dolga leta razlegal otroški jok, so zdaj svoj vmesni prostor med bolnišnico in domom našli starejši. Ti v bolnišnico ne sodijo več, doma še nimajo urejene primerne oskrbe, v domu pa ni prostora.

Trenutno je obnovljen in zaseden en oddelek s 33 posteljami. Namenjen je pacientom, ki so v UKCL zaključili akutno zdravljenje, niso pa še pripravljene za samostojno življenje doma ali v domu za starejše. V tem obdobju je bilo sprejetih že nad 250 pacientov.

Po Pravilniku o odpustih pacientov iz bolnišnice ne smejo odpustiti nikogar, ki nima zagotovljene poboljšanih oskrbe. Pacienti so po končanem akutnem zdravljenju v UKCL premeščeni na negovalni oddelek, kjer se v sklopu timske obravnave zanje pripravi individualni načrt zdravstvene nege, fizioterapije in socialne pomoči. Potrebno je spremljati tudi zdravstveno stanje pacienta, ki ga vodi zdravnik. Celovita timska obravnava tako vpliva na nadaljno kakovost življenja posameznika, ko je odpuščen v domače okolje. Velikokrat pripomore k večji zmožnosti samooskrbe ali oskrbe, ki jo bodo prevzeli njihovi svojci, ali strokovnjaki v domu za starejše občane

oziroma bo zanjo poskrbel sam. Največkrat gre za dokončno ureditev socialne problematike ter potreb po storitvah zdravstvene nege in fizioterapije s ciljem pridobitve večje stopnje samooskrbe.

Na negovalni oddelek so lahko sprejeti le tisti pacienti, ki so zaključili medicinsko-terapevtski program v aktivnem delu UKCL, so zdravstveno stabilni in pred odhodom v domačo nego ali drugo obliko varstva potrebujejo še nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojne programe, občasen nadzor, različne oblike rehabilitacije ali socialne pomoči. Predpogoj za sprejem je stabilno zdravstveno stanje bolnikov.

O primernosti napotitve vedno odloča tim strokovnjakov, nikakor pa ne le posameznik ali njegovi svojci. Zgodi se, da se svojci direktno obračajo za sprejem na naš oddelek, vendar to ni možna in ustrezna pot. Na oddelku, kjer pacient leži, izpolnijo vlogo, na tedenskem konziliju negovalnega oddelka pa se prispele vloge za sprejem obravnavajo. Zato ne morejo biti sprejeti pacienti od doma. Tudi čas hospitalizacije je omejen. Želeli bi si, da bi se v bodoče uresničil načrt razširitve negovalnega oddelka v celotni stavbi, saj bi s tem omogočili večjo dostopnost pacientom, ki čakajo k nam za sprejem, sprostitev postelj v UKCL in posledično zmanjševanje stroškov, ki jih prinese neakutna obravnava pacientov.

Za oskrbo pacientov skrbi multidisciplinarni tim, ki s svojim znanjem in medsebojnim povezovanjem vpliva na izboljšanje kakovosti storitev. Za posameznega pacienta skrbijo predstavniki zdravstvene nege, zdravnik, socialni delavec in fizioterapevt. Oddelek vodi Vida Oražem, diplomirana medicinska sestra, ki je že veliko svojega časa in znanja vložila v ta projekt. »Pri našem delu sta pomembna strokovnost in znanje, pa tudi človečnost. Naši pacienti potrebujejo veliko utehe, pogovorov, tudi objemov. Starostnike imam zelo rada. Seveda pa sama ne bi zmogla nič. Temelje gradimo vsi skupaj, celotna ekipa. Trudimo se, da je na prvem mestu vedno človek, pa tudi zaposleni želimo biti 'bolnišnica prijaznih ljudi'.«

Skupaj se trudimo izvajati kakovostno zdravstveno nego in ostale storitve, da bi izboljšali pacientovo zdravstveno stanje glede na možnost samooskrbe. Paciente spodbujamo k čim večji samooskrbi in pri tem vključujemo tudi svojce. Dobro vključevanje svojcev v proces zdravstvene nege in zdravljenja daje pacientom veliko psihično podporo. K sodelovanju smo povabili tudi prostovoljce. Dvakrat je bil v skupnem prostoru organiziran koncert, pa tudi nekateri svojci ob praznovanju rojstnega dne popestrijo in polepšajo dan pacientom. Naš oddelek je tudi učna baza za dijake in študente zdravstvenih šol in fakultet. Glede na to, da so v bolnišnici pretežno bolniki, starejši od 65 let, je delo v njej priložnost za medgeneracijsko sožitje.

Želimo, da bi pacienti ob odpustu dobili potrebne informacije in znanja. Pomembno je povezovanje oddelka z drugimi dejavnostmi, kot so patronažna služba, center za socialno delo, svojci, laična nega na domu. Negovalni oddelek naj bi bil most med bolnišnico, patronažno službo in socialno službo, domom in drugimi ustanovami. Zavedamo se, da je potrebno iskati nove možne načine sodelovanja in reševanja problematike starejših.

Naše poslanstvo je namenjeno tudi zagotavljanju kakovosti strokovnega znanja in doprinosu k profesionalnemu razvoju stroke zdravstvene nege.

Darja Koželj

OTVORITVENA SLOVESNOST EVROPSKEGA LETA AKTIVNEGA STARANJA IN MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Državni svet, 16. februar 2012

Letošnje evropsko leto je posvečeno aktivnemu staranju in medgeneracijski solidarnosti. Navezuje se na lansko leto, ki je bilo evropsko leto prostovoljstva. Leto aktivnega staranja in

medgeneracijske solidarnosti želi opozoriti na pomen, ki ga imajo starejši ljudje v družbenem življenju. Kot je zapisano na uradni spletni strani, gre za spodbudo snovalcem politike in deležnikom na vseh ravneh k ukrepom, s katerimi bi omogočili aktivno staranje in močnejšo solidarnost med generacijami.

Otvoritvena slovesnost evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti je potekala v Državnem svetu 16. februarja 2012. Po ogledu uradnega videospota »Nikoli prestar, da...«, smo prisluhnili kulturnemu programu, ki so ga pripravili mladi glasbeniki Osnovne šole dr. Vita Kraigherja iz Ljubljane ter literat Janko Potočnik, član literarnega kluba upokoјencev Slovenije.

V nadaljevanju smo prisluhnili pismu dr. Danila Türka, predsednika RS in častnega pokrovitelja evropskega leta v Sloveniji. Sledili so pozdravni nagovori mag. Andreja Vizjaka, ministra za delo, družino in socialne zadeve, gospoda Davorja Dominkuša, direktorja Direktorata za socialne zadeve na tem Ministrstvu, mag. Blaža Kavčiča, predsednika Državnega sveta, ki je bil gostitelj dogodka, gospoda Andreja Beloglavca, v.d. vodje Predstavništva Evropske komisije v Sloveniji, Marjana Sedmaka, predstavnika AGE Platform Europe, dr. Mateje Kožuh Novak, predsednice Zveze društev upokoјencev Slovenije in Sare Berglez, predstavnice Mladinskega sveta Slovenije. V vseh nagovorih so poudarjali, da noben ukrep ali aktivnost v korist ene generacije ne sme biti v škodo drugi; sprejemljivi morajo biti vsem generacijam. Bistvenega pomena je, da se tovrstne aktivnosti s koncem leta ne zaključijo, temveč se morajo nadaljevati tudi v prihodnje.

Po uvodnih pozdravnih nagovorih je sledilo plenarno predavanje gospoda prof. dr. Bernarda Marina, direktorja EU Centra za socialno blaginjo – blaginjsko politiko in raziskave na Dunaju, z naslovom: Je možna blaginja brez dela in solidarnosti; Brezdelje in aktivacija v starajočih

se družbah. V uvodu je povedal, da se soočamo z dramatičnimi spremembami. Najti moramo rešitve in odgovore na spremembe, ki bodo sprejemljivi vsem generacijam, za kar potrebujemo odprt dialog med generacijami. Osredotočil se je na vprašanje, kako družbo v 21. stoletju narediti vzdržno. Socialna država mora ostati, vendar ne več na tak način, kot smo je vajeni iz preteklosti. Brez dela ni blaginje, postavlja pa se vprašanje, koliko dela in koliko solidarnosti je potrebno, saj brezdelje po mnenju prof. dr. Marina ni izginilo. Delati začnemo kasneje, veliko je bolniških odsotnosti, odsotnosti zaradi nege in varstva otrok, poleg tega pa se mnogo ljudi upokoji predčasno. Ker je življenjska doba vedno daljša, smo zaradi seštevka prej naštetega vedno dlje časa vzdrževani člani družbe. Sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja se podira in podaljšanje delovne dobe se glede na aktivnost starih ljudi kaže kot edina možnost. Prof. dr. Marin je poudaril, da je ključni problem današnje družbe, da delamo določeno, dokaj kratko obdobje preveč intenzivno, nimamo časa za družino in druge aktivnosti in posledično zaradi preobremenitev prihaja do stresa, konfliktov in bolezni. Na tem področju bi bila potrebna večja fleksibilnost z možnostjo krajšega delovnega časa ali dela manj dni tedensko, kar bi omogočilo preživljati več časa z družino, skrbeti za naše onemogle starše in podobno. Torej je na trgu dela potrebna večja fleksibilnost z manj dela, ki bi nas manj obremenjevalo, kar bi posledično sledilo v daljšo delovno dobo oz. višjo upokojitveno starost.

Predavanju prof. dr. Marina je sledil strokovni posvet. O kakovosti življenja starejših v Sloveniji nam je spregovoril gospod Aldo Trnovec, predstavnik ZDUS-a. Prikazal je projekt ZDUS-a, katerega naloga je dvig kvalitete življenja starejših ljudi doma in temelji izključno na prostovoljstvu. Podal je nekaj ugotovitev glede tega, kar stari ljudje hočejo. Stari ljudje želijo pravico, da sami odločajo o sebi in svojih potrebah, želijo sodelovati in oblikovati sožitje v družini in okolju, živeti

v domačem okolju in hkrati ne obremenjevati mladih ter podaljšati zmožnost samostojnega življenja. Prof. dr. Valentina Hlebec s Fakultete za družbene vede je predstavila raziskavo o socialnih omrežjih in medgeneracijski solidarnosti. Z raziskavo so želeli preveriti, kam so usmerjeni tokovi medgeneracijske solidarnosti v državi. Ugotovitve so pokazale, da imamo največ medgeneracijske povezanosti in pomoči v okviru družine, izven manj. Najbolj obremenjena je srednja generacija, ki pomaga mlajšim in starejšim. Možnosti za razvoj medgeneracijskih odnosov so na delovnem mestu in v soseski.

O pokojninskem sistemu, solidarnosti in medgeneracijski pravičnosti pa je spregovoril gospod dr. Tine Stanovnik z Inštituta za ekonomska raziskovanja. Poudaril je, da je solidarnost bistven element družbe, pokojninski sistem pa je način, kjer se ta solidarnost najmočneje izrazi. Zaznati je močne tendence, da bi element solidarnosti izločili, kar bi pomenilo njeno marginalizacijo. Oblikovati je potrebno pokojninski sistem, ki bo funkcionalen in ohraniti solidarnost. Sledila je razprava udeležencev otvoritvene slovesnosti.

V zaključnem delu je gospod Aleš Kenda, nacionalni koordinator evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti predstavil nacionalni in operativni odbor tega leta. Povedal je, da sta pojma aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti zelo široka in se dotikata mnogih področij. Zato bo vsak mesec posvečen enemu področju. Podrobnosti o temah in dogodkih, ki se bodo odvijali v okviru tega leta, so predstavljene na spletni strani. Osrednji dogodek bo na festivalu za tretje življenjsko obdobje, zaključni pa v mesecu novembru. Mnogo vmesnih dogodkov, vezanih na letošnje temo evropskega leta, bo v organizaciji različnih institucij potekalo skozi celo letošnje leto.

Sledila je še predstavitev nacionalnih ambasadorjev Evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti. To so postali gospod Ivo Daneu, gospod Peter Florjančič,

dr. Mateja Kožuh Novak, gospa Neža Maurer, gospa Vlasta Nussdorfer, gospod Rok Terkaj in gospod Mito Trefalt. Ambasadorji so ugledne in prepoznavne osebe v slovenskem prostoru, ki so s svojim delom zgled mnogim drugim. Funkcija ambasadorja je častna. Nekateri med njimi so nam na slovesnosti spregovorili sami, nekateri se dogodka žal niso mogli udeležiti. Ambasadorji se bodo udeleževali izbranih dogodkov vezanih na evropsko leto 2012, širili sporočila evropskega leta aktivnega staranja

in medgeneracijske solidarnosti ter sodelovali z različnimi pobudami za doseganje ciljev tega leta. Vzporedno z otvoritveno slovesnostjo je v pasaži Maximarketa potekal spremljevalni program in aktivnosti civilne družbe in nevladnih organizacij. Na ta način smo v Sloveniji obeležili začetek Evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, katerega tema bo v prihodnosti odločilno vplivala na življenje posameznikov in celotne družbe.

Mateja Zabukovec

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ

Herman Berčič

Prof. Drago Ulaga o gibanju in športni dejavnosti starejših ljudi

POVZETEK

Prof. Drago Ulaga je v svojem strokovnem in pedagoškem delu na področju telesne kulture oz. športa poglobljeno preučeval tudi probleme in vprašanja glede športa starejših ljudi. Ukvarjal se je s problemi staranja in upočasnitve starostnih pojavov in procesov, povezanih z vsakodnevnim gibanjem in ukvarjanjem z različnimi športnorekreativnimi aktivnostmi. Pri tem je sledil celostni obravnavi ljudi v poznejših letih in je njihovo gibanje in športno dejavnost povezoval z zdravjem, telesnimi sposobnostmi, emocionalnim in doživljajskim svetom, druženjem, intelektualnim delom ter duševnim in duhovnim ravnovesjem. V članku so zbrani pomembnejši citati njegovih del, ki obravnavajo gibanje in športno udejstvovanje starejših ljudi kot nepogrešljivo sestavino kakovosti njihovega življenja.

Ključne besede: Drago Ulaga, starejši ljudje, gibanje, športna dejavnost, starostni pojavi, kakovost življenja

AVTOR: *Herman Berčič je doktor kinezioloških znanosti, izredni profesor v pokoju in za-
služni profesor Kineziološke fakultete Univerze v Zagrebu. Kot dolgoletni učitelj na Fakulteti za
šport Univerze v Ljubljani se je sistematično ukvarjal s strokovnim, pedagoškim in znanstveno-
raziskovalnim delom na področju športne rekreacije oz. športa za vse. Objavil je 20 znanstvenih
monografij, 40 mednarodnih referatov, 3 univerzitetne učbenike skupaj s soavtorji, 4 polju-
dnoznanstvene knjige in številne članke v domačih in tujih strokovnih in znanstvenih revijah.*

ABSTRACT

Professor Drago Ulaga about physical and sport activity in the old age

Professor Drago Ulaga in his professional and pedagogical work in the field of physical and sport activity in depth studied the issues of sport activity among the elderly. He studied the problems of aging, such as slowdown of aging phenomena and processes through daily physical activity and dealing with various sport and recreation activities. Addressing elderly people he followed the holistic approach, connecting their physical and sport activity with health, physical abilities, emotional and experiential world, socialisation, and intellectual work, mental and spiritual balance. This article presents the most important quotations of professor Ulaga's work, dealing with physical and sport activity of elderly people as indispensable component of their quality of life.

Key words: Drago Ulaga, elderly people, physical activity, sport activity, aging phenomena, quality of life

AUTHOR: *Herman Berčić, doctor of kinesiology science, is retired associate professor and honorary professor at Faculty of Kinesiology, University of Zagreb. As a longtime professor at the Faculty of Sport, University of Ljubljana, he was systematically engaged in a professional, educational and scientific-research work in the field of sport and recreation. He has published 20 scientific monographs, 40 international papers, and 3 university textbooks along with co-authors, 4 popular scientific books and numerous articles in professional and scientific journals at home and abroad.*

1. ŽIVLJENJE DRAGA ULAGE

Prof. Drago Ulaga je bil pomembna osebnost v razvoju slovenske telesne kulture in športa, pa tudi športne kulture. Upravičeno ga imenujemo očeta ljudskega športa. Mladost je preživel v Globokem pri Rimskih Toplicah, kjer je našel prvi stik z naravo in gibanjem. Ko je leta 1926 maturiral na učiteljskišči v Mariboru, se je odločil za študij telesne vzgoje, vendar ne v okolju, kjer je domoval slovenski jezik. Odšel je v tujino. Zato moramo korenine življenjskega dela prof. Draga Ulage na področju telesne kulture oz. športa nasploh in tudi na področju športa starostnikov iskati v njegovi odločitvi za študij na Visoki šoli za telesno vzgojo (*Deutsche Hochschule für Leibesübungen*) v Berlinu. To je bilo v obdobju pred drugo svetovno vojno. Ko je leta 1930 končal Visoko šolo, je postal prvi Slovenec in Jugoslovan z visokošolsko izobrazbo na področju telesne vzgoje in z nazivom profesor (Šugman, 2006 : 49). Študij na tej, takrat v Evropi najbolj cenjeni visokošolski instituciji, ga je ne le zaznamoval za vse življenje, marveč mu je tudi omogočil pedagoško in strokovno delovanje na visoki ravni.

Ko je zaključil študij, je najprej postal trener za plavanje in smučanje pri športnem društvu Ilirija v Ljubljani, nato pa je služboval kot profesor telesne vzgoje v Splitu in Beogradu, opravljal pa je tudi funkcijo strokovnega sodelavca na Ministrstvu za telesno vzgojo v Beogradu. Že pred drugo svetovno vojno se je lotil pisanja in »se uveljavil kot pisec strokovnih prispevkov za radio in dnevne časopise ter bil radijski reporter z različnih športnih tekmovanj, še posebej pa je znan kot prvi reporter s tekmovanja v smučarskih skokih v Planici 1934« (Šugman, 2006 : 15).

Po končani drugi svetovni vojni je bila v ospredju njegovega dela pedagoška in publicistična dejavnost. Bil je med ustanovitelji vseh športnih kadrovske šole na Slovenskem, najprej enoletne in večletne Srednje fizkulture šole, nato pa tudi Višje šole za telesno vzgojo, Visoke šole za telesno kulturo oz. Fakultete za šport v Ljubljani. Na Visoki šoli je leta 1962 postal redni profesor, leta 1988 pa mu je Univerza v Ljubljani podelila naziv zaslužni profesor.

Kdor je prebiral Ulagova dela, je zlahka ugotovil, da ima pred seboj avtorja z izjemno bogato publicistično dejavnostjo. »Napisal je 11 samostojnih knjig, 25 učbenikov in skript ter več kot 2200 strokovnih in strokovno-poljudnih člankov in ocen. Če bi upoštevali obdobje 1945 – 2000, se izkaže, da je vsak teden napisal po en strokovni prispevek. Udeležil se je tudi 25 strokovnih kongresov, simpozijev in posvetov doma in v tujini ter na mnogih nastopil z odmevnimi prispevki.« (Šugman, 2006 : 15, 16) Ker je bil pomembna slovenska osebnost v športno-kulturnem prostoru in tudi širše, je za svoje delo prejel številna visoka priznanja. Živel je bogato in plodno življenje ter dosegel visoko starost 94 let.

2. PROF. DRAGO ULAGA - STAROSTA SLOVENSKEGA ŠPORTA IN POBUDNIK GIBANJA TER ŠPORTA ZA STAREJŠE LJUDI

Prof. Drago Ulaga je vse svoje življenje posvetil razvoju športne kulture in športa v slovenskem prostoru. Deloval je na širšem področju nekdanje Jugoslavije in tudi v evropskem prostoru. Od vsega začetka je enakovredno obravnaval vse tri različice športa: šolsko telesno vzgojo (današnja športna vzgoja), športno rekreacijo oz. šport za vse in tekmovalni oz. vrhunski šport. Nenehno si je prizadeval za dvig ozaveščenosti prebivalstva na področju gibanja in športnega udejstvovanja ter posledično tudi za dvig športne kulture naroda. Učil je z lastnim zgledom in zavestno vodil ljudi k rednemu, vsakodnevemu gibanju in športnorekreativnemu udejstvovanju. Bil je izjemno plodovit pisec in prvi, ki je v številnih strokovnih delih, v člankih posameznih revij, v dnevnem tisku in na radiu širil spoznanja in védenja o rednem gibanju in rekreativni športni vadbi.

Prof. Ulaga je že zelo zgodaj sprejel antropološki vidik obravnave posameznih problemov, vprašanj staranja in starostnih pojavov ter tudi športnorekreativnega udejstvovanja. Pri obravnavi biopsihosocialnega ravnovesja starejših ljudi je sicer veliko pozornost namenil urjenju telesa ter ohranjanju in pridobivanju telesnih sposobnosti. Pri tem pa ni pozabil na pomen druženja in na ohranjanje ter krepitev socialnih vezi nasploh in tudi pri rekreativnem ukvarjanju s športom. Nadalje je poudarjal doživljajsko razsežnost in ugodne posledice pozitivnih čustvenih reakcij (smeh, radost, veselje) na organizem starejših ljudi ob rednem gibanju in športnem udejstvovanju. Pri obravnavi starejših ljudi se je med drugim zavzemal za njihovo vsakodnevno intelektualno delo, ohranjanje intelektualne svežine ter vključevanje duševnih dejavnosti. V zvezi s tem je zapisal: »V veliki meri je zdrava starost odvisna tudi od duševne živahnosti in življenjskega optimizma. Smeh je zdrav. Dobra volja je koristna služabnica prijetne starosti. Glede telesnosti je potrebna nenehna, vendar primerna aktivnost. Tudi intelekt je odvisen od neprestanega udejstvovanja, neprestanega 'treniranja' - razvija pa se k sreči tako dolgo, dokler mu privoščimo kaj pametnega.« (Ulaga, 1959: 110)

Pri antropološki obravnavi starostnikov in staranja si je cenjeni profesor pomagal s spoznanji številnih, tudi slovenskih zdravnikov. Med številnimi deli, strokovnimi prispevki in članki, ki jih je sistematično zbiral in na tej osnovi pripravljal tudi svoja predavanja in pisal članke, naj navedemo prispevek zdravnika in akademika prof. dr. Franja Kogoja (Ulaga, 1996), kjer razgrinja svoja razmišljanja o staranju. Prof. Ulaga povzema: »To je bilo v času, ko pri nas še ni bilo zanimanja za športno vadbo starostnikov. Kogoj sicer ni pisal o krepitevi skeletnih mišic, pač pa je prepričljivo opozoril na usodne napake nezdravega načina življenja, na vzdrževanje zdravega ožilja in na potrebo aktiviranja možganov.« (Ulaga, 1996: 15)

3. PROFESORJEVO PREUČEVANJE STARANJA IN UPOČASNJEVANJA STAROSTNIH POJAVOV

Na pragu druge polovice življenja je prof. Ulaga pričel poglobljeno preučevati pojave staranja in iskati možnosti ter poti, da bi te pojave upočasnili. Zanimivo je, da je ob izboru ene izmed poti najprej začel pri sebi. Ni naključje, da se je tega lotil potem, ko je del svojega

življenja že namenil teoretični in praktični obravnavi kulture gibanja in športa. Po desetih letih boja proti lagodnosti in drugim pojavom staranja se je odločil, da svoja spoznanja zbere v knjigi, skladno z latinskim rekom *littera scripta manet*. V bistvu je želel svoje izkušnje in védenje o telesni kulturi v starosti deliti še z drugimi in svojemu narodu širiti horizonte športne kulture.

O tem pravi: *»Kar težaven je bil ta boj, kajti v tistih letih, ko nam je bil šport le stvar radosti in tekmovanja, ni bilo nikogar, ki bi nas prav učil – na primer, da bi morali bolj skrbeti za razvijanje notranjih organov, kakor za mišice, da ne bi smeli pretiravati glede gibljivosti sklepov in da bi se morali naučiti zlasti tistih športnih panog, ki nam bodo pozneje v prid kot športna rekreacija.«* (Ulaga, 1965: 3)

Ob tem razberemo, kako pomanjkljiva so bila znanja v tedanjem obdobju o tem, kako naj bi ozaveščali mlade generacije o gibalnem in športnorekreativnem udejstvovanju, kako naj vadijo ter kako naj se izogibajo stranpotem v življenju. Takole je bil v zvezi s tem kritičen do takratnih strokovnih kadrov: *»Tudi ni bilo nikogar, ki bi te pri tridesetih letih poučil, da pomeni vsak kilogram tolišče na leto v desetih letih kar deset kilogramov preveč. Več telesne teže v letih, ko postaja mišičje vse bolj šibko, pa je že učinkovita pobuda za komoditeto. Seveda tudi ni bilo v obdobju naše mladosti nikogar, ki bi te poučil o pravilni prehrani, kakor tudi o pametnem odnosu do kajenja, alkohola in drugih poživil. Če si pri štiridesetih letih prenehal z rednim urjenjem, z vajami na orodju, skakanjem, tekanjem in drugimi športnimi panogami, če si telesne aktivnosti prepustil slučajnim okoliščinam, ko bo 'kaj več časa in razpoloženja', tedaj pač nisi vedel, da si storil napako, ki jo bo pozneje tako težko popraviti. Tako pride veliko prezgodaj čas, ko dobi človek v hoji počasnejši tempo, ko nima več veselja z žogo, ko na zabavi raje sedi kakor pleše, čas, ko občuti, da mu postaja oblačilo pretesno, in ko je ves napet, kadar mora počepniti in si zavezati čevlji. Gre za splošne znake staranja: rejenost, slabotnost mišičja (atrofija), omejena gibljivost v sklepih, zmanjšana pljučna kapaciteta in podobno.«* (Ulaga, 1965: 3)

Dejstvo je, da si je prof. Ulaga med študijem v Berlinu pridobil veliko znanja in tudi praktičnih izkušenj (te še posebej v kasnejšem obdobju), zato ni presenetljivo, da se je sam na pragu druge polovice življenja pričel zavedati, kam vodi neaktivnost, lagodje in drugi pojavi, ki spremljajo staranje. O tem je zapisal: *»Pride pa tudi čas, ko se marsikdo zamisli in spozna, da je treba spremeniti način življenja. Zanima se za pravilno dieto, za jutranjo telovadbo in za različne športne aktivnosti, o uspehu ali neuspehu pa ne odloča samo znanje, temveč tudi volja. Kdor se je pet ali deset let telesno zanemarjal, kdor je izgubil mišice in si nabral toliščo, ne bo napak odpravil z enomesečno kuro, tudi ne s tabletami, temveč s spremenjenim načinom prehrane in z vztrajnim, načrtnim vadenjem. Za oboje pa je treba znanja, volje in časa.«* (Ulaga, 1965: 4)

Zanimivo je, kako se je profesor sam spoprijel s problemom neaktivnosti in lagodja, ki mnoge teži tudi danes in ga ne znajo razrešiti. Poglejmo, kako ga je rešil sam: *»Začel sem z utrjevanjem telesa z vodo in frotiranjem, intenzivneje sem se lotil tudi posebnih vaj, da bi si ohranil gibljivost hrbtenice, prsnega koša, ramenskega obroča in kolčnih sklepov. Ni bil moj namen, da bi bil spet močan kakor v mladosti, temveč da bi postal kolikor toliko lahek in gibčen.«* (Ulaga, 1965: 4)

Prof. Ulaga pa je na osnovi študija strokovnih in znanstvenih del številnih avtorjev, športnih strokovnjakov in zdravnikov, ki so se ukvarjali s problemi staranja, tudi v povezavi

z gibanjem oz. gibalno-športnim udejstvomanjem zapisal: »Ostanite telesno aktivni in se ne vdajajte lenobi. Ostanite tudi duhovno aktivni in nikoli ne puščajte vnevar učenja.« (Uлага, 1965: 6)

O pomenu gibanja oz. športnorekreativnega udejstvomanja v vseh obdobjih življenja, še zlasti v obdobju staranja, je prof. Uлага zapisal več priporočil, med drugimi tudi naslednje: »Prvo četrtino življenja telovadimo zato, da se lepo razvijemo in okrepmo; drugo četrtino zato, da ostanemo čili in sposobni za delo, drugo polovico življenja pa zato, da se ne bi prezgodaj postarali. Nedvomno je v obdobju od 20. do 30. leta skrajni čas, da postane človek privrženec telesne kulture, kajti kasneje začnejo adaptacijske sposobnosti pešati in človek je tudi v psihičnem pogledu manj dovzeten za reforme v načinu življenja. Vsakdo naj bi pomislil na to, da ga čaka betežna starost, če se v mladosti ne bo naučil določenih telesnih vaj za ohranjanje gibljivosti v sklepih, za ohranjevanje mišične moči in za ohranjanje funkcionalnih sposobnosti organov.« (Uлага, 1965: 34)

4. POGLEDI PROF. ULAGE NA ČAS PEŠANJA IN UPADANJA TELESNIH SPOSOBNOSTI

Ko je prof. Uлага pri obravnavi gibanja in različnih gibalno-športnih aktivnosti v posameznih razvojnih obdobjih sledil biološki krivulji razvoja, je posebno pozornost namenil tudi obdobju, ko pričnejo telesne in druge sposobnosti organizma postopno upadati. Govoril je o staranju in o številnih pojavih, ki spremljajo ljudi v poznejših letih. Pri obravnavi posameznih razvojnih obdobjih je sledil številnim sistematikom, nato pa je tudi sam opredelil posamezna razvojna obdobja, v katerih je opisal »gibalne potrebe človeka v mladosti, zrelosti in starosti«.

Zanimivo je, da je pri podrobnem opisovanju »prve dobe staranja – od 40. do 60. leta« v uvodu zapisal Tolstojeve misli: »Bolni, prijatelj, so samo bedaki in razuzdanci, mene pa poznaš, od jutra do večera delam, zmeren sem v vseh rečeh, nu, zato sem tudi zdrav.« Ob Tolstojevih mislih je še dodal: »Zdaj je skrajni čas za bitko za zdravo in prijetno starost. V letih staranja se je še bolj treba ogibati vsemu, kar je nedvomno zdravju škodljivo. Mera v vsem, to je naš nasvet in hkrati prastaro indijsko izkustvo.« (Uлага, 1965: 40)

V kasnejšem delu *Telesna vzgoja, šport, rekreacija* (Uлага, 1980) pa v zvezi s tem ugotavlja: »Treba je vedeti in upoštevati, da funkcija ohranja organe. Nobena znanost ne more pomagati, nobeni medikamenti, človek sam se mora potruditi, potiti se mora. Raziskovalci so ugotovili, da poteka proces staranja prav počasi, če skrbi človek za krepitev srca s hojo in tekom, za krepitev mišic in za gibljivost sklepov pa z mnogovrstno športno aktivnostjo. Tudi za žilje in kri je pomembno, da si privoščijo vsak dan nekoliko cikličnega gibanja v obliki ritmične hoje, kolesarjenja, plavanja, veslanja – kar ga pač veseli. Tako ostanejo žile prožne in njih stene gladke.« (Uлага, 1980: 197)

Ob podrobnejši obravnavi druge dobe staranja (od 60. leta naprej) je zapisal: »Dandanes je splošno znano, da bi si ljudje v pozni starosti lahko ohranili boljšo telesno držo (indikator je višina v centimetrih), bolj trenirano mišičje, kakor tudi višjo vitalno kapaciteto. O tem pričajo pregledi starih telovadcev, kakor tudi različni eksperimenti.« (Uлага, 1965: 48) Ob tem še dodaja: »Da bi bila starost 'žetev življenja' in ne izgubljena mladost, je treba človeka pravočasno

pripravljati na dobo telesnega pešanja. Že v šolah bi morali dobiti mladi ljudje potrebno znanje o biomorfozi, kakor imenuje Bürger nauk o spreminjanju življenja. S tem v zvezi naj bi dobili pri šolski telesni vzgoji tudi primerno praktično športno znanje za leta zrelosti in starosti, kakor tudi pravilen odnos do telesne kulture.« (Ulaga, 1965: 51)

V povezavi s staranjem in upočasnitvijo starostnih pojavov večkrat omenja svetovno znane mislece, znanstvenike in zdravnike, med njimi tudi Hipokrata. Pravi: »Sodobne gerontološke raziskave potrjujejo Hipokratova načela geriatrične profilakse, zlasti načelo, da morajo biti ljudje tudi v letih staranja aktivni in da ne smejo na vsem lepem opustiti dela, ki so nanj navajeni. Posebej želimo poudariti, da morajo biti vsestransko dejavni, tako umsko kakor tudi telesno. Starosti primerna mentalna in fizična dejavnost je potemtakem bistveni sestavni del geriatrične profilakse. Upokožitev ne sme biti začetek brezdelja, začetek praznega življenja, temveč prav nasprotno: začetek tistega obdobja, ko se človek v večji meri kakor doslej posveti dejavnostim, s katerimi ima posebno veselje.« (Ulaga, 1980: 204)

V že omenjenem delu *Telesna kultura v mladosti, zrelosti in starosti* je nekatere zapisane misli posebej naglasil in jih tudi večkrat ponovil. Zakaj? Odgovor najdemo povsem na koncu navedene knjige, ko pravi: »Nekatere misli sem povedal v tem spisu večkrat, nekatere nasvete sem ponavljal. Rad bi pojasnil, da sem to storil namenoma, kajti tako trdno sem prepričan o vrednotah naukov o zdravem načinu življenja kakor tudi o potrebi boja za pravilnejši odnos naših ljudi do vsega, kar je v zvezi s telesno kulturo, da sem se odločil za propagandni stil pisanja.« (Ulaga, 1965:165)

5. KAKO JE PROF. ULAGA ŠIRIL ZNANJA O GIBANJU IN ŠPORTNI DEJAVNOSTI MED LJUDMI?

Prof. Ulaga si je vse življenje prizadeval, da bi njegova tehtna in na znanju temelječa priporočila našla pot do najširših množic. Zato je tedensko objavljajl svoja spoznanja in spoznanja drugih v dnevniku *Delo* ter v drugih časopisih in revijah. V akciji ozaveščanja Razgibajmo življenje, ki je bila namenjena promociji gibanja in rednega ukvarjanja s posameznimi izbranimi športnorekreativnimi aktivnostmi, je bila tudi zbirka malih propagandnih knjižic. Odgovorni urednik edicije, ki je s prof. Ulago zelo dobro sodeloval, je bil pisec teh zapisov.

Prof. Ulaga je v okviru te edicije napisal knjižico *Šport starostnika*. V njej je takoj na začetku zapisal: »Upoštevati je treba dognanje, da je športna vadba v zrelih letih in v času staranja prav tako potrebna kakor v mladosti. Morebiti še bolj, v obdobju prekipevajoče vitalnosti se mladina namreč kar usmerja v naravo in na razna športna igrišča, pozneje pa je to vse bolj stvar pameti, vednosti, prepričanja in ozaveščenosti. Zavedati se moramo končnega cilja: po štiridesetem letu ne gre več predvsem za uspešno tekmovanje z drugimi, ampak za nepogrešljivi prispevek k zdravemu načinu življenja, zato, da bi ostal človek čim dlje na visoki ravni duševne in telesne delovne sposobnosti. In končni cilj, da bo tudi v visoki starosti tako čil in zdrav, da bo lahko živel brez tuje pomoči. Starejši lahko tudi tekmujejo, vendar samo s sebi enakimi. Pomembno pa je, da si ne prizadevajo do popolne izčrpanosti.« (Ulaga, 1991: 1,2)

Ob študiju različne domače (takrat jugoslovanske) in tuje literature si je prizadeval globlje prodreti v problematiko športnorekreativne vadbe in treninga. Del dotodanjih spoznanj je strnil v naslednjem zapisu: »*Občasna vadba ne zaleže. Športni pedagogi, ki imajo dolgoletne praktične izkušnje na področju športne aktivnosti za starejše osebe in preučujejo problematiko v celoti (ne samo z vidika kardiologa ali ortopeda), priporočajo poleg zmernosti tudi rednost vadbe. Vsak dan na zrak, vsak dan delo in hoja, vsak drugi dan pa si naj privoščimo uro športa (lahko tudi poldrugo uro ali samo 20 minut, odvisno od starosti, zdravstvenega stanja in kondicije). Bolje je vaditi vsak dan vsaj po 10 minut, kakor enkrat na teden 70 minut!*« V zvezi s tem nadaljuje: »*Strokovnjaki priporočajo starim ljudem predvsem lažje, vendar razmeroma dolgo trajajoče telesne vaje za ohranitev krepkega srca, prožnosti ožilja in sposobnosti dihal. Tečejo lahko predvsem tisti, ki so se urili v tekanju in tekalnih igrah že od otroških let naprej. Ker je takih med slovenskimi starostniki razmeroma malo, namenjamo veliko pozornost vsakodnevni živahni hoji, saj le ta zaleže skoraj toliko kot lahkoten tek.*« (Uлага, 1991: 8,9)

6. KAKO IN S KATERIMI ŠPORTI NAJ SE UKVARJAJO STAREJŠI LJUDJE?

Prof. Uлага je posebno skrb namenil izboru posameznih gibalnih oz. športnorekreativnih aktivnosti, s katerimi naj bi si starejši ljudje ohranjali funkcionalne sposobnosti posameznih organskih sistemov. Pri tem je imel vselej pred seboj skrb za zdravje. O tem je v navedeni knjižici takole razmišljal: »*Z zdravstvenega vidika postavljamo na prvo mesto vse aerobne vaje, ker je zdravje odvisno predvsem od brezhibnega delovanja organov za napajanje vseh milijonov celic s kisikom in hrano. Neogibna pa je tudi redna gimnastika, katere namen je upočasnjenje procesov mišične atrofije in upadanja mišične napetosti. Z gimnastičnimi vajami in s težavnejšim delom krepimo tudi okostje, pospešujemo namreč mineralizacijo in tako preprečujemo nastajanje krhkosti kosti (osteoporozе). Vsestranska gimnastika je potrebna tudi za vzdrževanje zdrave hrustančevine in vezivnega tkiva.*« (Uлага, 1991: 12,13)

V mnogih publikacijah, revijah in tudi v dnevnem tisku je cenjeni profesor veliko pozornost namenil prav gimnastiki oz. gimnastičnim vajam. Verjel je, da so prav skrbno izbrane in sistematično uporabljene gimnastične vaje pri vsakodnevni vadbi neizogibno potrebne. Izbor teh, ki spodbujajo razvijanje in ohranjanje kostno-sklepnega in kostno-mišičnega organskega sistema naj bo uravnotežen s tistimi aktivnostmi, ki razvijajo in ohranjajo delovanje srčno-žilnega in dihalnega sistema. O gimnastiki in gimnastičnih vajah profesor pravi: »*Razgibati se je treba vsak dan. Zjutraj, ko se zbudimo, nam prija pretegovanje na ležišču. Ritmično iztegujemo noge, pritezamo trebušno steno, širimo prsni koš, vlečemo ramena nazaj, dvigujemo glavo in jo sukamo levo-desno, premikamo se v križu, dvigamo boke z ležišča itd. Z leti postane človek iznajdljiv in si sam izmisli še kako vajo za pretegovanje in razgibavanje. Prva jutranja gibalna dejavnost ne sme biti intenzivna in naporna – nasprotno, biti mora lahkotna in prijetna.*« (Uлага, 1991: 13)

Gimnastiki nasploh je profesor posvetil tudi malo knjižico v že omenjeni ediciji z naslovom *Gimnastika doma*. Izmed mnogih strokovno utemeljenih zapisanih misli, ki so namenjene najširšim množicam, se nam zdi smiselno naglasiti naslednje: »*Gimnastika je*

seveda veliko več kot mahanje z rokama in počepanje. Z namensko izbranimi vajami lahko krepimo nerazvite ali zanemarjene mišice, z razteznimi vajami ohranjamo mladostno gibljivost v sklepih, s sprostitelnimi vajami uravnavamo mišično napetost (mišični tonus). Sodobni človek, ki veliko sedi ter dela bolj ali manj enostransko, potrebuje tudi izenačevalne vaje, ki pripomorejo k skladnemu delovanju mišičnih skupin in preprečujejo vse bolj sklonjeno držo telesa.« (Ulaga, 1990: 2)

Navedeno profesor utemeljuje tudi z naslednjim: »V letih staranja ima človek vse manj mišične moči (od 20. do 70. leta izgubi 5 kg mišic). Hrbtenica postaja trda, sklepi vse manj gibljivi. Starostno pešanje se izraža tudi v držbi telesa. Sedemdesetletniki imajo že težave pri obujanju in kopanju v kopalni kadi (čepenje, ležanje, vstajanje). Vsem takim in podobnim težavam pa se lahko postavijo po robu s primernimi gimnastičnimi vajami. Vadijo naj po malem, vendar redno in večkrat na dan.« (Ulaga, 1990: 7, 8)

Ko je profesor razmišljal in razpravljal o primernih in neprimernih športnih zvrsteh za ljudi v poznejših letih (starostnikih), je imel vselej pred očmi posameznika in njegove gibalne ali motorične sposobnosti, funkcionalne sposobnosti, stopnjo znanja posameznih športnih zvrsti, raven kondicije, stopnjo zdravja in seveda leta starosti. Ljudem v poduk je zapisal: »Ko razmišljamo o primernih in neprimernih športnih zvrsteh za priletne in stare, je treba razlikovati med tistimi, ki redno vadijo vse od mladosti naprej, in tistimi, ki so se odločili za vadbo šele v starosti in so živeli morda desetletja dolgo brez slehernega fizičnega treniranja. Kdor je navajen teči ali igrati tenis, lahko nadaljuje svojo športno dejavnost tudi po upokojitvi; kdor se je zasedel in gibalno zanemaril, naj se postopno loli manj zahtevnih športnih zvrsti. Priporočamo mu zdravniški pregled in posvet s športnim strokovnjakom.« (Ulaga, 1991: 16)

V knjižici *Hoja*, ki je prav tako izšla v okviru ozaveščevalne akcije Razgibajmo življenje, je za splošno védenje ljudi, še zlasti pa za starejše, zapisal: »Gre za nov odnos do hoje, naše najbolj redne vsakdanje telesne vadbe, pa tudi za nov odnos do zdravega načina življenja. Kdor se bo odločil za načrtno vsakdanjo vadbo hoje, se bo bolje počutil, ne bo imel težav s telesno težo in bo lažje delal, tako umsko kakor tudi telesno. Ta bo z užilkom hodil tudi v visoki starosti. Vzemimo si za zgled našega prvega olimpijskega zmagovalca Leona Štuklja. Mariborčani vedo povedati, da ga srečujejo vsak dan v parku, ko se odpravlja na bližnji hrib Piramido. Njegov korak je še vedno mladosten, postava brez odvečne teže, prav tako, kakor ob maturi na gimnaziji.« (Ulaga, 1988: 1, 2)

7. SKLEPNE MISLI

Prof. Drago Ulaga je bil prvi publicist na Slovenskem, ki se je sistematično in strokovno loteval vprašanj in problemov telesne vzgoje, športa in športne rekreacije. Bil je glasnik ljudskega športa in zdravega življenjskega sloga najširših slojev prebivalstva, še posebej pa starejših ljudi. Tehtno in argumentirano je prepričeval številne generacije ljudi v poznejših letih, kako gibanje in šport veliko dajeta in nasprotno, kam vodi pasivno življenje s prekomernim sedenjem in uživanjem različnih poživil, alkohola in nikotina. Bil je med soustanovitelji Visoke šole za telesno kulturo (kasneje Fakulteta za šport) in dolgoletni profesor na tej

ustanovi, kjer je številnim generacijam posredoval ne le ozko strokovno znanje, marveč širše življenjske izkušnje. Med njegovimi študenti sem bil od leta 1962 tudi avtor tega prispevka, kasneje pa tudi njegov sodelavec.

Kakor je pisal in učil, je tudi živel. Do konca svojega življenja je bil intelektualno čil, saj je njegov zadnji redni prispevek v *Delovi* rubriki Športna kultura za vsakogar, izšel že po njegovi smrti. Sledi, ki jih je pustil v športni kulturi slovenskega naroda, so vidne in globoke, na osnovi njegovih dolgoletnih prizadevanj pa je bilo mogoče nadgrajevati tudi športno kulturo starejših ljudi.

LITERATURA

- Šugman, R. (2006). Drago Ulaga. Ljubljana: Mladinska knjiga
- Ulaga, D. (1959). Teorija telesne vzgoje in športnega treniranja. Ljubljana: Mladinska knjiga
- Ulaga, D. (1965). Telesna kultura v mladosti, zrelosti in starosti. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Ulaga, D. (1980). Telesna vzgoja, šport, rekreacija. Ljubljana: Mladinska knjiga
- Ulaga, D. (1988). Hoja. Ljubljana: Zveza telesnokulturnih organizacij Slovenije, Telesnokulturna skupnost Slovenije
- Ulaga, D., Urek, S., Erbežnik, D. (1990). Gimnastika doma. Ljubljana: Zveza telesnokulturnih organizacij Slovenije, Republiški odbor za šport
- Ulaga, D. (1991). Šport starostnika. Ljubljana: Športna zveza Slovenije, Republiški Sekretariat za vzgojo, izobraževanja ter telesno kulturo.
- Ulaga, D. (1996). Šport ti si kakor zdravje. Celje: Mohorjeva družba

POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kakovostna starost

LET. 15, ŠT. 1, 2012

Good quality of old age

VOL. 15, NUM. 1, 2012

ZNANSTVENI IN STROKOVNI CLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Slavica Valenčak

Kaj je v Sloveniji starosti prijazno in kaj ne? 3 What is in Slovenia age-friendly and what is not?

Jože Ramovš

Uporaba računalnika pri 50 in več let starih prebivalcih Slovenije 20 The computer usage among Slovenians aged 50 years or more

Božidar Voljč

Zakaj pri nas starejši ljudje zamenjajo zdravnika? 36 Why do elderly people in Slovenia change their family practitioner?

Zdenka Grašević, Dejan Kocijan, Anja Kovačič

Rehabilitacija na negovalnem oddelku UKC Ljubljana 47 Rehabilitation on the department for nursery care at University Medical Centre Ljubljana

IZ GERONTOLOSKE LITERATURE 57

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE 95

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJ, POSVETI 97

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE 100

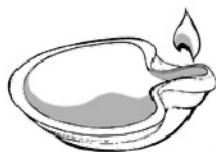
AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV 102

REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

KLASIKI O STARANJU IN SOZITJU GENERACIJ 112

CLASSICS ON AGEING AND GOOD INTERGENERATIONAL RELATIONS



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,
1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: + 386 1 433 93 01

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